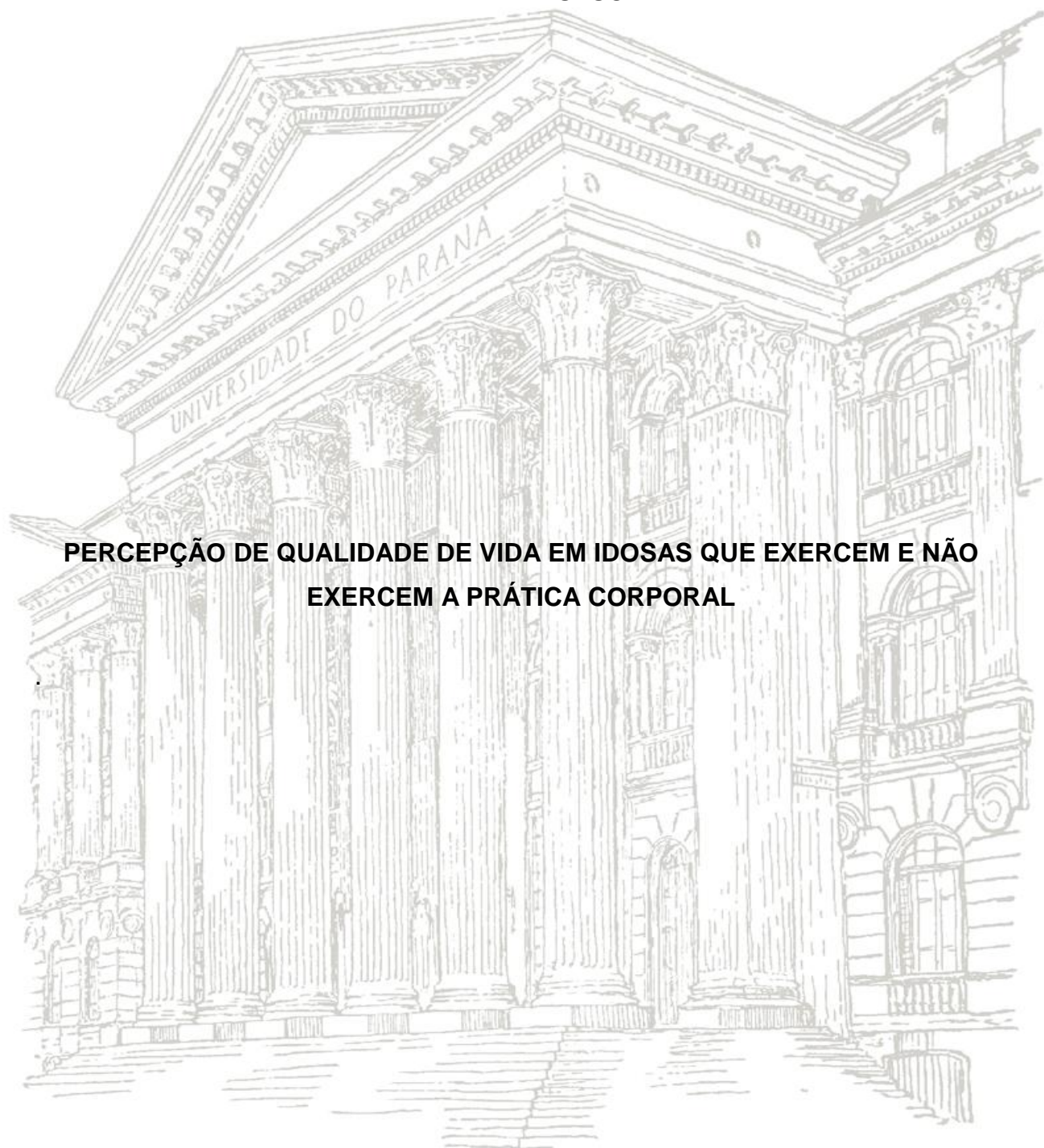


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANDRÉA KRAWUTSCHKE



**PERCEÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM IDOSAS QUE EXERCEM E NÃO
EXERCEM A PRÁTICA CORPORAL**

CURITIBA

2017

ANDRÉA KRAWUTSCHKE

**PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM IDOSAS QUE EXERCEM E NÃO
EXERCEM A PRÁTICA CORPORAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação, no Programa de Pós-Graduação em Educação, linha Cognição, Aprendizagem e Desenvolvimento Humano, Setor de Educação, da Universidade Federal do Paraná.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Gislaine Cristina Vagetti
Co-orientador: Prof. Dr. Valdomiro de Oliveira

CURITIBA

2017



PARECER

Defesa de Dissertação de Andréa Krawutschke para obtenção do Título de MESTRA EM EDUCAÇÃO. Os abaixo assinados, Prof.^a Dr.^a Gislaine Cristina Vagetti, Prof.^a Dr.^a Araci Asinelli da Luz, Prof. Dr. Wagner de Campos, arguíram, nesta data, a candidata acima citada, a qual apresentou a seguinte Dissertação: "PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM IDOSAS QUE EXERCEM E NÃO EXERCEM A PRÁTICA CORPORAL".

Procedida a arguição, segundo o Protocolo aprovado pelo Colegiado, a Banca é de Parecer que a candidata está Apta ao Título de MESTRA EM EDUCAÇÃO, tendo merecido as apreciações abaixo:

BANCA	ASSINATURA	APRECIÇÃO
Prof. ^a Dr. ^a Gislaine Cristina Vagetti		aprovada
Prof. ^a Dr. ^a Araci Asinelli da Luz		aprovada
Prof. Dr. Wagner de Campos		APROVADA

Curitiba, 30 de março de 2017.

Prof. Dr. Geraldo Balduino Horn
Coordenador do PPGE

Prof. Dr. Geraldo Balduino Horn
Coordenador do Programa de
Pós-Graduação em Educação
MPAP 137022 / MSIAPE 2169216



Catalogação na publicação
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Krawutschke, Andrea.

Percepção de qualidade de vida em idosas que exercem e não exercem a prática corporal. – Curitiba, 2017.
87 f.

Orientadora: Profª. Drª. Gislaíne C. Vagetti

Co-orientador: Prof. Dr. Valdomiro de Oliveira

Dissertação (Mestrado em Educação) – Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná.

1. Dança de salão. 2. Educação do movimento. 3. Idosos – Atitude e movimento.
I.Título.

CDD 372.66

Dedico este estudo primeiramente a Deus, à minha família, ao meu amor Rodrigo, por estarem ao meu lado nos melhores e piores momentos. E a todos que, de alguma forma, me auxiliaram nesta caminhada para alcançar este objetivo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que todos os dias me deu forças para nunca desistir.

Aos meus orientadores, Prof^a. Dr^a. Gislaine Cristina Vagetti e Prof.Dr. Valdomiro de Oliveira, pela oportunidade, confiança, acompanhamento, orientação e amizade. A todos os amigos que fiz nessa caminhada, Fabio, Aguinaldo e toda minha turma do mestrado, pela calorosa recepção e companheirismo que tivemos desde o início da nossa jornada, em especial ao Sérgio “Bolacha” pela parceria em todos os momentos.

A todos os outros amigos que me acompanham e me incentivam sempre.

Aos meus pais Sergio e Rosi, por serem grandes pilares da minha vida. Minha eterna gratidão por tê-los como pais e sempre me apoiarem, ensinarem-me a não ser a MELHOR, mas a fazer o MELHOR de mim. Obrigada pelo amor incondicional!

Ao meu “amorzinho”, Rodrigo, por estar sempre ao meu lado, colocando-me para cima e me fazendo acreditar que posso mais do que eu imagino. Devido ao seu companheirismo, amizade, paciência, apoio, alegria, amor e compreensão este trabalho pôde ser concretizado. Obrigada por ter feito do meu sonho, o nosso sonho!

A todos meus familiares que me incentivaram e apoiaram nessa jornada, em especial ao meu Tio Luiz Carlos Talamini (IN MEMORIAN), chamado de “Xaxá”, que sempre acreditou que era possível e, infelizmente, não conseguiu estar presente na finalização desse processo.

A todos os professores do mestrado que, de alguma forma, contribuíram para minha formação.

À professora Araci Asinelli da Luz e ao professor Wagner de Campos por aceitarem compor minha banca de qualificação e de defesa, pelas sugestões e análises significativas.

À Uniandrade, pelo apoio recebido, e a todos os locais que abriram suas portas para a aplicação desta pesquisa.

Às idosas que, espontaneamente, participaram deste estudo. Foi por intermédio delas que esta dissertação se concretizou. Vocês merecem meu eterno agradecimento!

Ao Michael, que, de meu personal trainer, virou um grande amigo, pelo incentivo antes mesmo do início do mestrado, e no decorrer do mesmo, pelo apoio e ajuda, mesmo de longe, muitas vezes via Skype. Sem você, nada disso teria sido possível, obrigada por acreditar em mim e me fazer acreditar que tudo é possível.

A todos vocês, muito obrigada!

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

RESUMO

Objetivo: Comparar a percepção da qualidade de vida em idosas que exercem e não exercem uma prática corporal estruturada. **Amostra:** A amostra foi composta por 219 idosas entre 60 e 94 anos, intencionalmente selecionadas na Cidade de Curitiba-PR, as quais compuseram 3 grupos, de acordo com sua participação em atividades estruturadas (Nenhuma prática de atividade estruturada N=74, Ginástica N=71, Dança de salão N=77). **Materiais e métodos:** Questionários sobre informações sociodemográficas e econômicas (ABEP, 2015) foram aplicados visando a caracterização da amostra. A percepção de qualidade de vida foi avaliada mediante aplicação dos questionários WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Para a avaliação da prática habitual de prática corporal utilizou-se o questionário internacional de atividade física (IPAQ-Versão Curta). **Análise dos dados:** Medidas de tendência central e dispersão bem como, a distribuição de frequência absoluta e relativa, foram utilizadas para a descrição da amostra. Análises de variância *One way* e *Welch Test* e post hoc de Bonferroni foram utilizados para análise comparativas adotando $p < 0,05$ como significância estatística. **Resultados:** Em relação a qualidade de vida geral (QVG) verificou-se escores médios de $71,92 \pm 15,76$ (WHOQOL-BREF) e $70,58 \pm 9,98$ (WHOQOL-OLD). Nas comparações entre os grupos de participação em práticas corporais estruturadas verificou-se que as idosas do grupo de Dança de salão apresentaram maiores escores de QVG ($78,62 \pm 12,04$) quando comparadas aos demais grupos (Grupo Ginástica: $71,79 \pm 16,58$; Grupo de Atividade não estruturada: $65,07 \pm 15,58$, $p = 0,00$). Essa diferença do grupo de dança de salão permaneceu em todos os comparativos entre os domínios do WHOQOL-BREF. Para os escores de QVG do WHOQOL-OLD, verificou-se que o grupo de Dança de salão apresentou maiores escores do que o grupo de atividade não estruturada ($74,07 \pm 7,54$ vs. $66,91 \pm 11,03$; $p = 0,00$), porém nenhuma diferença foi verificada entre os grupos de Dança e Ginástica. **Conclusão:** Conclui-se que as idosas envolvidas na prática da dança de salão apresentaram melhor percepção de qualidade de vida quando comparada às praticantes de ginástica e às idosas que não praticavam atividade estruturada. Os dois grupos que exerciam prática corporal estruturada apresentaram escores significativamente maiores do que os idosos que não praticavam atividade estruturada. A dança de salão vem ganhando espaço entre os idosos, trazendo muitos benefícios físicos, promovendo convívio e a integração social significativa.

Palavras - chave: Educação. Dança de salão. Pedagogia do movimento. Desenvolvimento humano.

KRAWUTSCHKE, Andréa. Percepção de qualidade de vida em idosas que exercem e não exercem a prática corporal. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2017.

ABSTRACT

Aim: To compare the perception of quality of life in elderly who participate and do not participate in structured corporal practices. **Sample:** The sample consisted of 219 elderly women between 60 and 94 years old, intentionally selected in the city of Curitiba-PR, who composed 3 groups according to their participation in structured activities (Unstructured activity- N = 74, Aerobic Classes N = 71, Ballroom dancing - N = 77). **Methods:** Socio-demographic and economic information were collected through questionnaires (ABEP, 2015). The questionnaires WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD assessed the perception of quality of life. The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-Short version) assessed the regular corporal practice. **Data analysis:** Measures of central tendency and dispersion as well as an absolute and relative frequency distribution were used to describe the sample. One way analysis of variance, Welch Test and Bonferroni post hoc test analyzed differences among groups adopting $p < 0.05$ as statistical significance. **Results:** The mean quality of life (QOL) was 71.92 ± 15.76 (WHOQOL-BREF) and 70.58 ± 9.98 (WHOQOL-OLD). In the comparisons among groups it was found that the elderly women in the Ballroom Dance group had higher QOL scores (78.62 ± 12.04) than the other groups (Aerobic Classes: 71.79 ± 16.58 ; Unstructured activity: 65.07 ± 15.58 , $p = 0.00$). This difference remained for all the WHOQOL-BREF domains. For the WHOQOL-OLD QOL scores, it was found that the Ballroom Dance group showed higher scores than the Unstructured activity group (74.07 ± 7.54 vs. 66.91 ± 11.03 , $p = 0.00$), but no difference was found between the Dance and Aerobic Classes groups. **Conclusion:** Elderly women engaged in Ballroom dancing presented a better perception of quality of life when compared to aerobic classes practitioners and to the elderly women who did not practice structured activities. The two groups that exercised structured activities presented significantly higher scores than the elderly who did not practice structured activity. Ballroom dancing has been gaining ground among the elderly, bringing many physical benefits, promoting social interaction and meaningful social integration.

Key-words: Education. Ballroom dancing. Movement pedagogy. Human development.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

FIGURA 1- PROJEÇÕES DA POPULAÇÃO POR SEXO E IDADE PARA O BRASIL	23
FIGURA 2- PRINCIPAIS DESENVOLVIMENTOS TÍPICOS EM 8 PERÍODOS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO	26
QUADRO 1- INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	36
QUADRO 2- DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF E QUESTÕES RELACIONADAS	39
QUADRO 3- DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO WHOQOL-OLD	43
TABELA 1- DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA	35
TABELA 2- DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL-BREF	40
TABELA 3- PERFIL AMOSTRA GERAL	49
TABELA 4- MÉDIA E DESVIO PADRÃO DA QVG E DOMÍNIOS DOS QUESTIONÁRIOS WHOQOL-BREF E OLD DA AMOSTRA GERAL	52
TABELA 5- COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS E DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF	54
TABELA 6- MÉDIA ATIVIDADE FÍSICA MODERADA/VIGOROSA DOS GRUPOS	55
TABELA 7- COMPARAÇÃO ATIVIDADE MODERADA/VIGOROSA	55
TABELA 8- COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS E DOMÍNIOS WHOQOL-OLD	57

LISTA DE SIGLAS

AUT	Domínio Autonomia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
FS	Domínio Funcionamento do Sensório
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INT	Domínio Intimidade
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
MEM	Domínio Morte Morrer
MMSE	Mini Mental State
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PPF	Domínio atividades passadas, presente e futuras
PSO	Domínio Participação Social
QV	Qualidade de Vida
QVG	Qualidade de Vida Geral

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO.....	19
1.1.1 Objetivo Geral.....	19
1.1.2 Objetivos Específicos.....	19
1.2 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	19
1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	20
 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	 22
2.1 ENVELHECIMENTO HUMANO.....	22
2.2 EXPECTATIVA DE VIDA.....	25
2.3 QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO.....	28
2.4 ATIVIDADE FÍSICA/PRÁTICA CORPORAL – DANÇA DE SALÃO.....	30
 3. PROCESSO METODOLÓGICO.....	 34
3.1 MODELO DE ESTUDO.....	34
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	34
3.3 CÁLCULO AMOSTRAL.....	35
3.4 SELEÇÃO AMOSTRAL.....	35
3.5 FATORES DE INCLUSÃO.....	36
3.6 FATORES DE EXCLUSÃO.....	36
3.7 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	36
3.7.1 Descrição dos instrumentos.....	37
3.8 COLETA DE DADOS.....	44
3.9 PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA COLETA DE DADOS.....	44
3.10 ESTUDO PILOTO.....	46
3.11 ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	48
3.12 CRITÉRIOS ÉTICOS DO ESTUDO.....	48
 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	 49
4.1 PERFIL DA AMOSTRA.....	49
4.2 COMPARAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA ENTRE	

GRUPOS.....	53
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
6. REFERÊNCIAS.....	63
7. APÊNDICE.....	71
8. ANEXOS.....	75

APRESENTAÇÃO

Uma menina sonhadora, apaixonada pela dança, sempre pedindo aos seus pais que a colocassem na aula de ballet da escola. Devido a tanta insistência, no ano de 1986, aos 7 anos de idade, essa menina iniciou as aulas de ballet, onde permaneceu por 4 anos. No início do 3º ano de ballet, sua professora Rose conversou com a sua mãe para que a levasse fazer ao teste para ingressar na Escola de Danças Clássicas do Teatro Guaíra, além de gostar muito de ballet, essa menina sonhadora e apaixonada levava jeito. De início, houve rejeição por essa menina para realizar o teste, mas, após o seu 4º ano de ballet na escola, aceitou fazer o teste para seleção da Escola do Guaíra, isso em 1990. O realizou e foi aprovada, iniciando uma nova fase na sua vida, agora buscando a formação profissional de bailarina.

O curso profissionalizante na Escola de Danças Clássicas do Teatro Guaíra durou oito anos, dentre muitas aulas de ballet clássico, ballet moderno, aulas teóricas, de anatomia, teatro, terminologia francesa, ensaios aos sábados, feriados, viagens. Em dezembro de 1997, chegou o dia da formatura, foram oito anos sem reprovação. Juntamente com os últimos anos da Escola de Danças Clássicas do Teatro Guaíra, essa menina estava cursando também o Magistério. Sua outra paixão, lecionar.

Chegou a hora de fazer a escolha para o vestibular, resolveu não abandonar o que amava, fez vestibular para o Curso de Dança na Faculdade de Artes do Paraná, sendo aprovada no processo seletivo no ano de 1998. Durante a faculdade, teve contado com outros tipos de dança, tais como: flamenco, dança de salão, street dance, sapateado, aprimorando seus conhecimentos na prática corporal. No 2º ano de faculdade, após uma aula de psicomotricidade na clínica de fisioterapia do professor da matéria, despertou-lhe o interesse na profissão de fisioterapeuta, ao qual prestou vestibular e foi aprovada, cursando assim os 2 últimos anos da faculdade de dança juntamente com os 2 primeiros anos da respectiva faculdade.

Em 2003, formou-se no curso de Fisioterapia. Iniciando a vida profissional na área e dando segmento aos estudos, cursou mais duas pós-graduações. A busca por conseguir um espaço na graduação para dar aula era incessante, até que, no final de 2008, passou por um processo seletivo para dar aula na Universidade

Campos Andrade. Aprovada, iniciou lecionando no princípio de 2009. Desde então, não parou mais.

Assim, começou o interesse pelo mestrado, iniciou a trajetória de pesquisar sobre os programas, as linhas de pesquisa nas quais poderia ter sucesso na temática de estudo escolhida, e que conseguisse abranger todas as suas áreas de conhecimento e paixão (dança, educação e fisioterapia). Entre muitas conversas com seu pessoal e amigo Michael, focou sua linha de pesquisa em cognição, aprendizagem e desenvolvimento humano, inscrevendo-se para matéria isolada do Prof. Dr. Valdomiro de Oliveira.

Após ter cursado a matéria isolada, sentiu-se mais preparada para passar pelo processo seletivo de mestrado, focando um projeto de seu interesse, unindo todos seus conhecimentos, paixões e a possibilidade de trazer benefícios a alguém. Sendo surpreendida com a aprovação no Programa de Pós Graduação de UFPR, tendo a Prof. Dra. Gislaine Cristina Vagetti como orientadora e o Prof. Dr. Valdomiro de Oliveira como co-orientador, a proposta foi analisar um processo multidisciplinar da qualidade de vida, vislumbrando a ação da educação informal da prática corporal.

Contudo, dentro dessa trajetória, percebeu que a dança, além de exercitar o corpo, a coordenação motora, a agilidade, o equilíbrio; ela também estimula a mente, a atenção, a concentração e a memória; diminuindo o stress, a ansiedade, o isolamento social, além de melhorar auto-estima. Por isso deve ser visualizada de forma multidisciplinar, assim como a qualidade de vida. A população idosa, com pratica corporal enquanto processo educação informal, está dentro das temáticas a serem estudadas. Juntas, fazem um elo importantíssimo para pesquisas em qualidade de vida.

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos a população, como um todo, vem crescendo num ritmo lento, mas a idosa cresce num ritmo mais veloz. Há cerca de 7,2 bilhões de pessoas em todo o mundo, de acordo com os dados da Organização das Nações Unidas (ONU), no estudo “Perspectivas de População Mundial” divulgados no dia 13 de junho de 2013. Ainda neste estudo, nas projeções de crescimento demográfico apresentadas pela entidade, a população mundial deve chegar a 8,1 bilhões em 2025 e 9,6 bilhões em 2050. A população Mundial está crescendo menos e vivendo mais (ALVES, 2012).

Com base nas pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013) percebe-se projeções demográficas com um considerável aumento da população idosa em todo o mundo. Assim, estima-se que, em 2025, aproximadamente 15% da população brasileira será de pessoas acima de 60 anos. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), nos próximos 20 anos, o Brasil será o sexto país mais envelhecido do mundo.

O ser humano passa por modificações fisiológicas durante o processo natural de envelhecimento, com maior fragilidade e vulnerabilidade a intercorrências patológicas, nos aspectos biológico, psicológico (afetivo, emocional e cognitivo), social e espiritual (MAZZO; BENEDETTI; LOPES, 2009; ANDRADE, 2012).

Devido a isso, a sociedade deve refletir acerca da garantia à população idosa do acesso a recursos necessários para satisfazer suas necessidades vitais. Oferecer atividades compatíveis com suas possibilidades emocionais, físicas, que favoreçam contato com o mundo, com sua realidade, buscando seu espaço social e educacional, sobre o qual ainda não se tem domínio completo dos aspectos inerentes à população idosa, inclusive quando relacionamos a qualidade de vida ao fator escolaridade e cognição (SOUZA et al., 2007; ARGIMON, 2012).

Essas garantias são asseguradas por lei. Segundo a Constituição Federal de 1988, cabe ao poder público criar oportunidades de acesso ao idoso à educação adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados. Além de existirem leis que amparem e garantam os direitos dos idosos como cidadãos. A Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, do Estatuto do Idoso, faz referência à regulamentação de direitos previstos na

Constituição Federal de 1998 (art.5º) que visa tanto direito à vida, quanto a garantia e assistência e benefícios de cunho social, espiritual, moral, assegurados a pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. Dentre os tópicos abordados pela Lei, destaca-se o ponto da garantia de direitos relacionados à Educação, Cultura, Esporte e Lazer (Lei 10.741/03, Capítulo V, artigo 20).

O acesso à educação é um fator de crescimento, de interação, de conhecimento, de vivências e descobertas, sendo estes elementos essenciais à preservação e manutenção de uma vida mais saudável e produtiva (AZEVEDO, 2004).

A educação para o idoso tem outro sentido e objetivos, tais como, o desenvolvimento físico, intelectual, afetivo, social, artístico, espiritual, ético, a capacidade de interagir-se na sociedade como o gestor de sua própria vida, promover, preventiva ou permanentemente, a cidadania, a saúde, as artes, a solidariedade, a política e outras virtudes que dão consistência específica aos idosos., tirando-os do isolamento social (BOTH, 2003), enfim resguardar a saúde do idoso é ajudá-lo a se manter lúcido, ativo; contribuindo para um viver melhor de sua própria vida.

A qualidade de vida vem sendo muito estudada nos últimos anos, definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, sob a coordenação de John Orley, como “a percepção do indivíduo de sua posição de vida, no contexto de sua cultura no sistema de valores em que vivem em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. ” (WHOQOL GROUP, 1994). Nessa definição fica implícito que o conceito de qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos.

A qualidade de vida pontua, de forma independente, quatro domínios: o físico, psicológico, as relações sociais e o meio ambiente (OLIVEIRA et al., 2011). Mas o equilíbrio entre esses vários domínios de capacidade funcional do idoso, sem significar ausência total de problemas, resulta num sentido amplo à qualidade de vida na velhice (SANTOS, 2009). O bem-estar (qualidade de vida) na velhice está intimamente relacionado à saúde física e à percepção de auto-eficácia do idoso, ou seja, a prática de atividade física e os julgamentos que se fazem acerca de suas possibilidades de ação, tornam-na mais importante nesta etapa da vida (RIGO, 2015).

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que resultam em gasto energético maior que os níveis de repouso (MATOS et al., 2005; GONZALEZ E FENSTERSEIFER, 2008; GARBER, 2011; SANTOS; SIMOES, 2012). Mazo, Benedetti e Lopes (2009) colocam a atividade física como fator essencial para manutenção da capacidade funcional do idoso. Um bom programa de exercícios para idosos deve enfatizar a flexibilidade, resistência aeróbica e força para manutenção da massa muscular (BOCALINI, 2007).

A prática de atividade física é fundamental na manutenção da qualidade de vida, porém, isoladamente não é suficiente, necessita de inclusão também nos meios social, intelectual e cultural (COIMBRA, 2007). Portanto, a dança de salão, como uma modalidade de prática corporal diferenciada, integra esses aspectos (ABREU, 2008).

A dança, enquanto um processo educacional, não se resume simplesmente na aquisição de habilidades, mas também na contribuição para o aprimoramento das habilidades básicas, dos padrões fundamentais do movimento, no desenvolvimento das potencialidades humanas e sua relação com o mundo (FERRARI, 2003). Lorandi (2008) afirma que o uso da dança como prática pedagógica favorece a criatividade, privilegia o processo de construção de conhecimento, promovendo crescimento em diferentes aspectos e possibilitando melhor qualidade de vida. A prática da dança de salão atinge os domínios: psicomotor, sócio afetivo e cognitivo, relacionando-se à melhoria da coordenação motora, do ritmo, da percepção espacial, do desenvolvimento da musculatura e da autoestima, possibilitando o convívio e o aumento das relações sociais e a queda de diversos bloqueios psicológicos, principalmente a timidez (GUIMARÃES, 2003; ABREU, 2008).

A dança de salão é uma modalidade de prática corporal que pode estar totalmente voltada à população idosa, sendo prazerosa e bem aceita por esse público (GOBBO, 2005). Uma atividade de manifestação artística, lúdica, comunicação por meio do corpo; quando exercitada em grupo, ajuda a expressar as emoções, estimulando a memorização e a coordenação (SIQUEIRA, 2009).

Na Região Sul do Brasil, a população idosa tem uma empatia pelos bailes, aumentando, por conseguinte, a procura por salões de dança (ROCHA, 2007). Estes constituem um espaço de possibilidade além do ambiente doméstico, um

lazer sem vínculo familiar e do lar (OLIVEIRA, 2009). Estudiosos afirmam que os bailes, por englobarem vários ritmos e músicas, exploram a criatividade, capacidade de imaginação e cognição (LOPARIC, 1994). Observa-se que a prática da dança é um exercício completo (psicossocial) e ainda muito valioso para educar a população idosa com vistas à saúde. No entanto, ao considerar as buscas de teses, dissertações, artigos nacionais e internacionais feitas nas bases de dados (Lilacs, Scielo, Medline, Pubmed, Google acadêmico, Eric, Academic Search Premiere, BVS, Banco de teses da CAPS), e, apesar de não ser objetivo desse estudo que esses dados fossem tratados de forma sistemática, pode-se afirmar que os documentos científicos produzidos nessa temática são escassos. Dessa forma, justifica-se a realização desse estudo, tendo em vista que, as pesquisas que abordam os domínios da qualidade de vida em idosos, pelo viés da dança de salão, fazem-se necessários, pois trarão contribuições tanto acadêmicas, quanto práticas para a população idosa. Isso porque a população idosa está em ascensão no país, tanto no crescimento quantitativo, quanto qualitativo. Isso fica explícito na afirmativa de Vagetti (2012) em relação aos seus estudos sobre qualidade de vida.

Para Rodriguez (2003), Barbosa (2005) e Maciel (2006) pesquisas desse tipo contribuem para a compreensão do envelhecimento e para a criação de novas intervenções que objetivem a promoção do bem-estar nessa fase da vida. Este estudo visa a possibilidade de beneficiar a comunidade analisada, tornando-se referência para programas e/ou departamentos sociais ligados a idosos e participantes, bem como para prefeituras de municípios que trabalhem, ou desejem realizar o trabalho com idoso. Será possível, através do mesmo, melhorar o atendimento aos idosos.

Para este estudo serão analisados todos os domínios da qualidade de vida, sendo estes aspectos pertinentes para uma boa qualidade de vida do idoso. Não podemos deixar de lado o processo educacional e seu grau de importância por toda nossa vida, não falamos somente da educação formal, mas também da educação informal, que para idoso estará muito mais presente e importante nessa fase da vida, onde a prática corporal se torna um meio. Porém, o que deverá ser discutido e pesquisado está atrelado à qual comparação da percepção dos domínios da qualidade de vida entre idosos que exercem e não exercem uma atividade estruturada.

1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO

1.1.1 OBJETIVO GERAL

- Comparar a percepção da qualidade de vida entre idosos que exercem e não exercem uma prática corporal.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e econômico da população investigada (faixa etária, estado civil, níveis econômicos);
- Analisar a percepção dos domínios da Qualidade de Vida mensurada pelo questionário WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD entre os grupos das idosas que exercem uma prática corporal;
- Analisar percepção dos domínios da Qualidade de Vida mensurada pelo questionário WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD entre os grupos das idosas que não exercem uma prática corporal;
- Comparar a percepção dos domínios da Qualidade de Vida mensurada pelo questionário WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD entre os grupos das idosas que exercem e não exercem uma prática corporal;

1.2 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Delimitando a pesquisa, participaram deste estudo 219 mulheres, com idade entre 60 e 92 anos. Idosas que frequentam a escola Dance Sempre – Espaço Cultural, o Clube recreativo Dom Pedro II, a academia Espaço do Corpo, sedes do Cristo Rei e Portão em Curitiba, e a Primeira Igreja Batista de Curitiba.

As principais variáveis analisadas no estudo foram a prática corporal e a qualidade de vida e seus domínios. Foram excluídas da pesquisa pessoas do gênero masculino, devido ao pequeno número de homens participantes dos locais citados acima, podendo estes interferir nos resultados.

1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação é estruturada em seis seções principais, sendo elas: Introdução, Fundamentação Teórica, Procedimentos Metodológicos, Análise e Discussão dos resultados, Considerações Finais e Referências, e duas complementares: Apêndices e Anexos.

Na primeira seção consta a Introdução, apresentada anteriormente, constitui-se na abordagem do objetivo do estudo, sua problemática e na justificativa para sua realização.

Na Fundamentação Teórica, que é a segunda seção, constam as principais temáticas sintetizadas, dentre elas o envelhecimento, a expectativa de vida, a qualidade de vida e na prática corporal enfatizando a dança de salão, relacionando-os com o idoso.

Na seção terceira temos os Procedimentos Metodológicos, estão descritos todos os caminhos percorridos na condução da pesquisa, seu contexto, os aspectos éticos, o ambiente e a população, os critérios adotados para obtenção da população pesquisada, os instrumentos utilizados para coleta de dados, o estudo piloto, os procedimentos para realização da aplicação dos instrumentos, a aplicação propriamente dita e a análise dos seus dados.

A quarta seção traz a Análise e Discussão dos Resultados, primeiramente é apresentada como foi realizada a análise estatística na caracterização da amostra estudada, utilizando-se da análise quantitativa de dados, pela estatística descritiva, seguindo para a análise dos dados. Em seguida, apresenta-se a normalidade e a homogeneidade de variância dos dados entre os grupos que foram avaliados utilizando os testes Shapiro Wilk e Bartlett's test, respectivamente, bem como comparações entre os grupos realizadas através de Análises de Variância One way (ANOVA) para variáveis com variância homogênea e Welch Test para variáveis com variâncias heterogêneas entre os grupos. As comparações múltiplas foram feitas por meio do post hoc de Bonferroni.

Denominada Considerações Finais, na quinta seção, fez-se análise dos objetivos do estudo com os resultados obtidos, bem como apontamentos que se fizeram pertinentes.

Na última e sexta seção, trazemos a listagem das produções literárias e científicas utilizadas para a construção dessa dissertação, referenciais para aprofundamento a pesquisadores interessados sobre o tema.

Nas duas seções complementares, apêndice e anexos, são apresentados os instrumentos da coleta de dados, e, por fim, todos os documentos inerentes à regulamentação da pesquisa.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

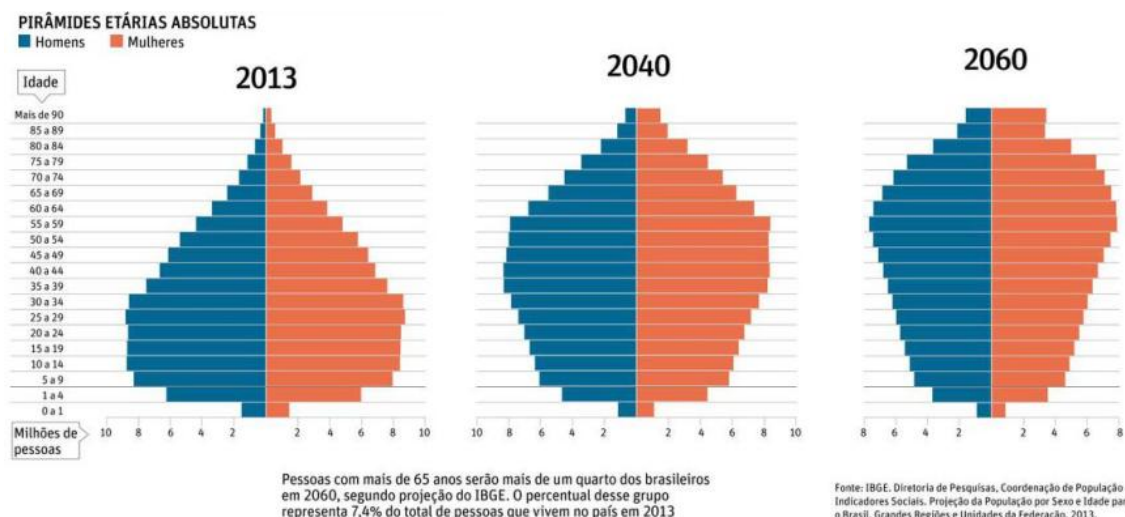
2.1 ENVELHECIMENTO HUMANO

Na realidade, existem diferentes formas de se definir e conceituar a velhice. Uma delas é a definição preconizada pela Organização Mundial da Saúde, que é baseada na idade cronológica, na qual, a definição de idoso inicia-se aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento. No Brasil, de acordo com o Estatuto do Idoso (2003), as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos são reconhecidas como idosas, esta será nossa referência para esta pesquisa.

Dados citados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013) revelam nas projeções demográficas um considerável aumento da população idosa em todo o mundo, com estimativa de que, em 2025, aproximadamente 15% da população brasileira será de pessoas acima de 60 anos. Em janeiro de 1999, foi chamada a atenção na Assembleia Geral da ONU para a “revolução da longevidade” e seus desafios, pois, nos próximos 20 anos, o Brasil será o sexto país mais envelhecido do mundo.

Como podemos observar, na figura abaixo, as pirâmides etárias são representações gráficas (histograma) da população classificada por sexo e idade. No eixo horizontal (x) está indicada a quantidade da população, enquanto o eixo vertical (y) indica as faixas etárias. As barras da direita representam população feminina, e as barras da esquerda, a população masculina. O formato da pirâmide está associado ao nível de desenvolvimento do país. A primeira pirâmide da figura abaixo tem a base larga, representando o país com a população jovem predominante e a baixa expectativa de vida, a qual tende a modificar década após década. A presença da maioria da população mais velha na composição demográfica inverte a pirâmide populacional, trazendo mudanças psicossociais para o século XXI, tornando-o conhecido como o século da velhice. No entanto, a eliminação de doenças, a prevenção e o controle do processo de envelhecimento, poderão ampliar ainda mais a expectativa de vida.

Figura 1: Projeção da população por sexo e idade para o Brasil.



A Revista Correio - Unesco, março de 1999, traz a informação de que a expectativa de vida aumentou tanto em um século quanto nos 5 mil anos anteriores. Em diversos países, o grupo etário maior de 85 anos é o que mais aumenta.

Devido a isso, a sociedade tem que se preocupar em garantir a oferta ao acesso de recursos necessários para satisfazer suas necessidades vitais, oferecer atividades compatíveis com suas possibilidades emocionais, físicas, e que favoreçam o contato com o mundo, com a realidade. Resguardar a saúde do idoso e ajudá-lo a se manter lúcido, ativo, consequentemente, com qualidade de vida.

O ser humano passa por modificações durante o processo natural do envelhecimento, com maior fragilidade e vulnerabilidade a intercorrências patológicas, nos aspectos biológico, psicológico (afetivo, emocional e cognitivo), social e espiritual (ANDRADE, 2012). Merleau Ponty, em 1971, já discutia a não limitação do corpo ao aspecto biológico, mas também como um meio de expressão do ser no mundo. Entretanto, os aspectos psicológicos, biológicos, físicos e sociais interagem mutuamente, entende-se a velhice como a abrangência da totalidade destes aspectos.

O processo de envelhecimento envolve aspectos que estão ligados à biologia humana e à estrutura morfofuncional do corpo, a alteração anatômica é a mais visível: pele enrugada, os cabelos ficam ralos e esbranquiçados, alterações posturais, articulações mais endurecidas, reduzindo as amplitudes de movimentos; diminuição de todos os sentidos (tato, paladar, audição, visão e olfato), devido à degeneração das terminações nervosas.

Alterações fisiológicas são naturais como: alterações cardíacas, diminuição de volume pulmonar e perda da elasticidade; o tipo respiratório é alterado na terceira idade, o aparelho digestivo também não escapa da ação do tempo (ANDRADE, 2012). Estas características influenciam na funcionalidade e manutenção da independência do idoso. Observa-se um aumento crescente de doenças crônicas degenerativas nesta faixa etária. A saúde no idoso não é medida pela presença ou não de doença, mas sim pelo grau de preservação da capacidade funcional (VERAS, 2003), evidenciando um processo com muitas modificações, tanto na vida do idoso, como na de seus familiares. Essas modificações impõem certas limitações ao idoso. O funcionamento biológico e mental do ser humano varia de pessoa para pessoa, influenciados pela hereditariedade, meio ambiente, o tempo, estilo de vida, atividades físicas e intelectuais, mas o envelhecimento é irreversível e inevitável.

As atividades de lazer diminuem a perda fisiológica, mesmo não impedindo o processo de envelhecimento, consequentemente melhorando sua qualidade de vida. Como afirmam Treméa, Veiga e Tasca (1998), percebe-se que o ser humano, quando estimulado, recebendo afeto e atenção associados com objetivos a serem alcançados, acaba tornando-se mais saudável e com maior expectativa de vida. Esta afirmação nos faz questionar até que ponto existe uma linha divisória entre aspectos psicológicos e biológicos, pois o indivíduo deve ser analisado e respeitado em seu todo.

O envelhecimento é uma fase marcada por um estereótipo negativo social, baseado no declínio biológico, fundada assim uma falsa ideia de que o envelhecimento causa necessariamente incompetência comportamental (NERI, 1991). O papel social dos idosos é um fator importante no significado do envelhecimento, pois depende da forma de vida que levaram e as condições atuais que se encontram (MENDES et al., 2005). Em consequência desse estereótipo, parte daqueles que chegam à velhice, sobretudo à aposentadoria, perdem poderes políticos e econômicos, perdendo também status, respeito e valor. Se, ao mesmo tempo, houver o acometimento de doenças e pobreza, a situação do idoso se agrava, pois, se somam à falta de prestígio e de poder a dependência física, psicológica e financeira em relação à família e a sociedade (OKUMA, 1998). As tensões psicológicas e sociais podem apressar as deteriorações associadas ao processo de envelhecimento. Percebe-se no indivíduo que envelhece uma

interação maior entre os estados psicológicos e sociais refletidos na sua adaptação às mudanças (MENDES et al., 2005).

Mudanças como perdas afetivas significativas, como a morte dos pais idosos, morte do companheiro (a), a saída dos filhos de casa, a transição da independência para a dependência, situações de mudança dificilmente assimiladas pelo idoso. Também na velhice, as pessoas geralmente têm maior tempo disponível, devido à aposentadoria. Essas são as situações que, em geral, levam ao sentimento de inutilidade e solidão, motivos de intenso sofrimento.

A abordagem do valor clínico das relações afetivas a partir do apoio dos amigos inclui a solidão na lista de riscos emocionais para saúde e os laços emocionais estreitos no rol de fatores protetores. Relacionamentos importantes e pessoas que mantemos contato no cotidiano são fundamentais para nossa saúde.

Assim, pode-se dizer que o envelhecimento modifica a relação do indivíduo com o outro, consigo mesmo, com o mundo e com o tempo. Entretanto essa concepção vem lentamente sendo mudada, trazendo o envelhecimento como um tempo para explorações pessoais, novas liberdades, para crescimento psíquico e prazer de viver, melhorando a qualidade de vida dos idosos (MCGEE et al., 2011).

Atualmente aceita-se que o idoso seja mais participativo, ativo e motivado na sociedade. O envelhecer tem seus aspectos positivos, como a sabedoria acumulada e a libertação dos papéis familiares e profissionais, permitindo ao idoso realizar atividades das quais, muitas vezes, não possuem tempo ao longo da vida: como esportes, cursos, viagens, dentre outras.

2.2 EXPECTATIVA DE VIDA

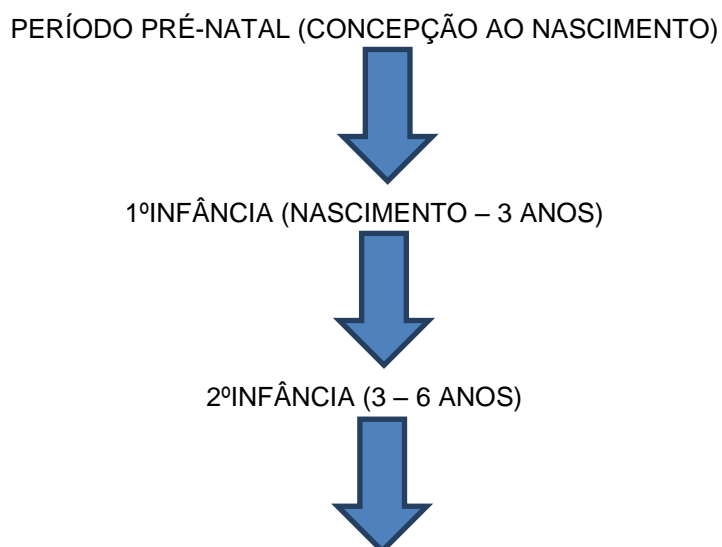
A expectativa de vida ou esperança de vida, é um conceito estatístico (número médio), que indica a média do tempo de vida aproximada de uma sociedade que consiste na estimativa de quantos anos se espera que um indivíduo possa viver (SILVA, 2017). De acordo com os últimos dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), divulgados em dezembro de 2016, a expectativa de vida do brasileiro é de 75,5 anos (referente a 2015).

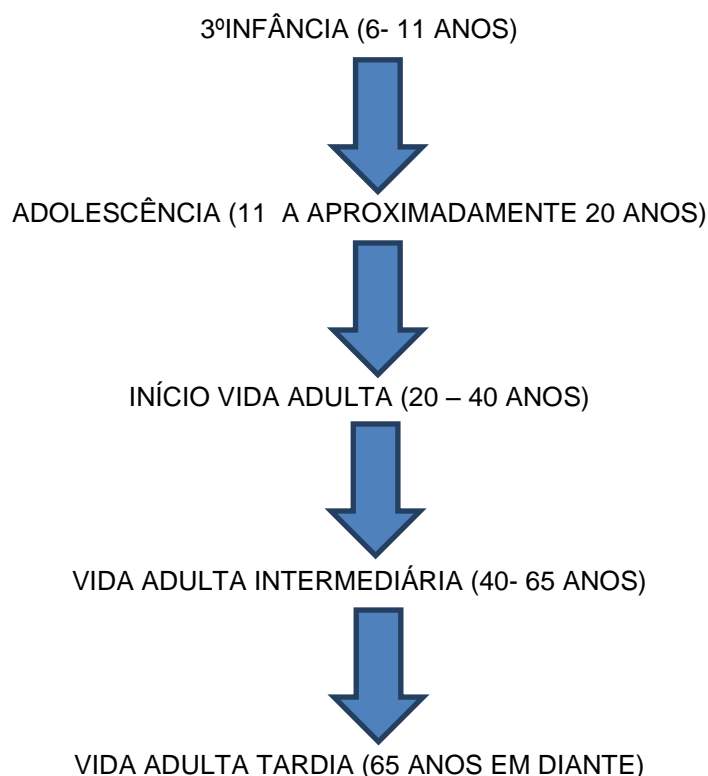
Todos os seres vivos passam por duas etapas da vida: inicia-se com a concepção uterina, nascimento, e se encerra com sua morte. O período entre nascimento (concepção) e morte possui algumas divisões que chamamos de fases

da vida. São caracterizadas em relação à idade do indivíduo, a aderência à aprendizagem e a conceituação a novas habilidades, motoras ou não, mas que atinjam pontos cognitivos. Esse processo de mudanças no desenvolvimento físico (crescimento do corpo e cérebro, capacidades sensoriais, habilidade motoras e saúde), cognitivo (aprendizagem, atenção, memória, linguagem, pensamento, raciocínio e criatividade), psicossocial (emoções, personalidade e relações sociais) que ocorre ao longo do ciclo da vida é estudada por uma grande área de estudos chamada de desenvolvimento humano (DESSEN, 2005).

Nas oito fases típicas do desenvolvimento humano, como falado anteriormente, são estudados três principais domínios (físico, cognitivo e psicossocial), estes, são inter-relacionados, um aspecto afeta o outro. Descritas as mudanças cruciais que ocorrem antes do nascimento, na 1º, 2º, 3º infâncias, adolescência, início da vida adulta, vida adulta intermediária e vida adulta tardia (Quadro 1). Embora essas fases sejam demarcadas por idades, para facilitar didaticamente o estudo, essas faixas etárias são aproximadas e um pouco arbitrárias, pois fases como a vida adulta não possuem uma demarcação social ou física bem definidas, sinalizando a passagem de uma fase para outra, como a passagem da fase 1 (vida intrauterina) para fase 2 (primeira infância), por exemplo. Mesmo havendo diferenças individuais, algumas necessidades básicas precisam ser satisfeitas e, algumas tarefas, dominadas para esse desenvolvimento ser considerado normal (DESSEN, 2005; PAPALIA, 2013).

FIGURA 2: Principais desenvolvimentos típicos em 8 períodos do desenvolvimento humano





FONTE: Papalia, D.; Feldman, R., 2013

Neste trabalho, nosso foco principal é a fase de vida adulta tardia, mesmo as fases sendo demarcadas por idades, a fase adulta não tem características bem específicas para determinar a mudança de fase como mencionamos acima, determinaremos, de acordo com o Estatuto do Idoso (2003), as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos são reconhecidas como idosas.

A vida adulta tardia é um período marcado por paradoxos, pois, ao mesmo tempo em que é vivido de maneira extremamente prazerosa, há aspectos que tornam a vivência difícil tanto para homens, como para mulheres nesta fase. Esse é um período em que ocorrem modificações corporais próprias e fantasiadas. O adulto começa a sentir o peso do passado e a lenta aproximação do declínio. Os melhores anos (em questão biológica) passaram, chegou-se ao auge e inicia-se o declínio crescente (elaboração do luto pela juventude perdida e pelas metas que não pôde ou não soube alcançar). Período de questionamento: trabalho, família, amizades. A idade avançada dos pais (ou morte) contribui para a sensação de envelhecimento e de que se passa a fazer parte da próxima geração destinada a envelhecer e morrer. A vida adulta tardia é um período marcado pela restrição e pela redução ao essencial. A capacidade física está em declínio, aparecem as

rugos, o cabelo branco, a queda de cabelo, a perda do vigor e do tônus muscular (lentidão física, cansaço geral, perda de elasticidade) (PAPALIA, 2013).

2.3 QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO

Pelo aumento significativo da população idosa no Brasil nos últimos anos concordamos com Pena (2008) que ressalta a importância de proporcionar um envelhecimento bem-sucedido com qualidade de vida.

A qualidade de vida vem sendo estudada nos últimos anos, mesmo sua definição sendo ampla e complexa, por ser um construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas, é definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde como “a percepção do indivíduo de sua posição de vida, no contexto de sua cultura no sistema de valores em que vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (WHOQOL GROUP, 1995). A qualidade de vida pontua de forma independente quatro domínios: o físico, psicológico, relações sociais e o meio ambiente (OLIVEIRA et al., 2011), no instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF, refletindo a percepção que os indivíduos têm de que suas necessidades estão sendo satisfatórias ou não estão alcançando a felicidade e a auto-realização, independente de seu estado de saúde física ou condições sociais e econômicas.

No caso do domínio Físico, o que determina nossa qualidade de Vida seria a existência ou não de dor e desconforto, a energia e a fadiga, e a qualidade de nosso sono e repouso, da mobilidade, de manter-se apto para as atividades da vida cotidiana, o dos prejuízos da dependência de medicamentos. Ressalta-se a importância da capacidade de trabalho.

Já no domínio Psicológico, os itens importantes seriam os sentimentos positivos e negativos, os aspectos cognitivos: como pensar, aprender, memória e concentração, a auto-estima, a imagem corporal e aparência, e, por último, temos o domínio dos aspectos espirituais, religião e crenças pessoais.

As relações pessoais, o suporte ou apoio social e a vida sexual são itens importantes para a Qualidade de Vida, e que estão inseridos no domínio das Relações Sociais.

O domínio do Ambiente inclui a segurança física e a proteção, o ambiente no lar, os recursos financeiros, a disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde, o transporte, a oportunidade de lazer e os aspectos do ambiente físico, como o ruído, a poluição, o trânsito e o clima, que influenciam as perspectivas e objetivos de uma pessoa, trabalhando, assim, com sua Qualidade de Vida.

A saúde, num sentido amplo no idoso, resulta de um equilíbrio entre vários domínios de capacidade funcional do idoso, sem significar ausência total de problemas (SANTOS, 2009). Com isso, as diversas alterações corporais desfavorecem os aspectos para a obtenção da vida saudável, tornando um grande desafio para os idosos ter uma sobrevida com uma melhor qualidade de vida (LARANJEIRA, 2010).

Pelo aumento dos estudos da qualidade de vida, com os cuidados predominantemente preventivos, percebe-se o aumento da média de vida, proporcionando um envelhecimento cada vez mais saudável, crescendo cada vez mais a expectativa de vida. Em 1994 Mello já descrevia: “Com a saúde mais bem cuidada, a expectativa de vida dos brasileiros deu um salto e nossos idosos se tornaram mais independentes e desejosos de aproveitar a vida (p.31)”.

Percebe-se a melhora em muitos aspectos da vida para os idosos. Nos anos 50, a idade média de ingresso nos asilos era de 65 anos, em 1999 era de 81 anos. Em alguns países, os idosos já podem escolher o modo de vida que desejam: se institucionalizar, obter ajuda a domicílio, ficar sob a responsabilidade da família, dentre outras escolhas.

As taxas de mortalidade diminuem, graças à evolução das ciências, combatendo doenças cardíacas, infartos, segundo Robert Butler (CORREIO-UNESCO, 1999). Esse envelhecimento demográfico está exigindo reformas e estudos mais aprofundados dos serviços de apoio aos idosos.

São necessárias políticas públicas que visem à preocupação com a manutenção da independência dessa população, sua contribuição ativa na sociedade e a permanência do estado físico, psicológico e social saudável, aumentando a Qualidade de vida dos idosos (BOWLING et al., 2002). Vagetti, (2012) expõe que o interesse mundial pela preocupação com a qualidade de vida dos idosos com o aumento do envelhecimento da população nesta faixa etária necessita ser acompanhada pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida.

Portanto, avaliar e desfrutar da qualidade de vida na população idosa necessita considerar diversos fatores do processo natural do envelhecimento como alterações biológicas, psicológicas e socioculturais (NICOLAZI et al., 2009). Lidando com a ideia de totalidade, definindo saúde como uma questão social ampliada, além de incorporar a ação individual. Na ideia de qualidade de vida, um estilo de vida tido como positivo é importante, assim como a prática de atividades físicas e esportivas. Porém, isso é uma parte do processo de integração entre vários fatores, e não a única solução (ALMEIDA, 2012).

2.4 ATIVIDADE FÍSICA/ PRÁTICA CORPORAL- DANÇA DE SALÃO

No meio dos diversos fatores envolvidos na mudança no processo de envelhecimento, como sociais, econômicos, psicológicos, a importância da atividade física na melhora das funções físicas e psicológicas do idoso é reconhecida e colocada em prática. A atividade física é um elemento decisivo para ganho e manutenção de saúde, do bem-estar, da qualidade de vida, tanto como tratamento para patologias como para prevenção (CHOU; HWANG; WU, 2012).

Nunca é demais insistir nos benefícios da atividade física em qualquer idade. O idoso deve experimentar os benefícios da atividade física regular, podendo ser um meio eficiente contra a inatividade, isolamento social e a solidão, contribuindo muito em sua qualidade de vida. Segundo Who, 2005, a qualidade de vida resulta das condições subjetivas do indivíduo nos seus vários subdomínios (trabalho, vida social, saúde física).

Um bom programa de exercícios para idosos deve enfatizar a flexibilidade, resistência aeróbica e força para manutenção da massa muscular (BOCALINI, 2007). A prática de atividade física é importante na manutenção de qualidade de vida, porém, isoladamente não é suficiente, necessita inclusão também no meio social, intelectual e cultural (COIMBRA, 2007).

Atualmente são ofertados aos idosos diversos programas relacionados à melhora da qualidade de vida e ao crescimento de sua participação na sociedade, dentre eles estão os programas de atividade física (ANS, 2009).

Mazo (2004) afirma que a atividade física representa para idoso uma alternativa para uma boa qualidade de vida, trazendo inúmeros benefícios, tanto físicos como psicossociais, tais como: maior longevidade, redução das taxas de

morbidade e mortalidade, redução do número de medicamentos ingeridos, melhora na capacidade fisiológica em portadores de doenças crônicas, prevenção no declínio cognitivo, manutenção do status funcional elevado, redução da frequência de quedas e fraturas, manutenção da independência e autonomia, além de benefícios psicológicos como a melhoria da autoimagem, da autoestima, do contato social e prazer pela vida.

Dentre as atividades físicas possíveis, adequadas e preferidas pelos idosos, destaca-se a Dança, sendo o objeto desta pesquisa a dança de salão, especificamente. Para Gobbo (2005), devido a um histórico biológico, muitos idosos não procuram a dança por profissionalismo ou exibicionismo, mas pelo simples fato de que esta pode suprimir desejos reprimidos, além de fugir da solidão em casa, buscando uma gama de opções para superarem suas dificuldades. Segundo Nanni (2001), a prática regular da dança possibilita, além de benefícios físicos (melhora da capacidade motora, articular, muscular e cardiorrespiratória, permitindo um conjunto de movimentos mais amplo), facilitação do convívio em grupo, colaboração e cooperação, a integração e fortalecimento de amizades, aumento na capacidade de comunicação e melhora na autoestima. Além da ocupação do tempo livre, evitando as angústias e incertezas. Belo e Gaio (2007) propõem em seu estudo a dança como uma possibilidade de lazer, socialização, educação, arte e exercício, de modo a estimular o idoso a reconhecer o percurso natural da vida, sendo ela a melhor opção para grupos de idosos.

Por meio da dança podem-se resgatar lembranças, sensações e sentimentos que acompanham os idosos desde sua infância, proporcionando felicidade, diversão e sensações prazerosas (LEAL; HAAS, 2006). Para Garcia et al. (2009), a dança vista como atividade física auxilia o idoso a sair do isolamento provocado pela aposentadoria, contribui para a independência social, melhora a condição geral do indivíduo, ocorrendo também uma diminuição do preconceito cultural imposto pela sociedade. Belo e Gaio (2007) propõem em seu estudo a dança como uma possibilidade de lazer, socialização, educação, arte e exercício, de modo a estimular o idoso a reconhecer o percurso natural da vida.

Lorandi (2008) afirma que dança de salão pode incentivar o desenvolvimento do praticante por meio da ação e reflexão, reinventando o movimento comprometido com o prazer do corpo e da mente, promovendo crescimento em diferentes aspectos e possibilitando melhor qualidade de vida. A dança de salão é

uma das artes corporais mais completas. Possibilitando chegar mais próximo de si mesmo e dos outros. Os pares sincronizam passos no ritmo da música, mantendo normas sociais em relação ao contato entre eles e os outros pares do salão, exigindo um domínio dos próprios movimentos, e tornando-os uma comunicação com o parceiro.

A dança de salão é uma prática corporal que pode estar totalmente voltada a população idosa, tendo como objetivos a melhora do condicionamento físico, o ritmo, a flexibilidade, a força e a leveza, sendo prazerosa e bem aceita por esse público (GOBBO, 2005). Uma atividade de manifestação artística, lúdica, comunicação por meio do corpo; quando exercitada em grupo, ajuda expressar as emoções, estimulando a memorização e a coordenação (SIQUEIRA, 2009). Portanto, a dança de salão, como uma modalidade de atividade física diferenciada, integra todos esses aspectos, tais como: físicos, sociais, psicológicos, cognitivos (ABREU, 2008).

Na Região Sul do Brasil a população idosa tem uma empatia pelos bailes, aumentando procura por salões de dança (ROCHA, 2007). Estes, constituem um espaço de possibilidade além do ambiente doméstico, um lazer sem vínculo familiar e do lar (OLIVEIRA, 2009). Estudiosos afirmam que os bailes, por englobarem vários ritmos e músicas, exploram a criatividade, capacidade de imaginação e cognição.

A dança de salão está presente na vida dos idosos por meio dos bailes da terceira idade. Ocupando um papel importante em suas vidas há muito tempo, esses bailes compensam a falta de companhia dos idosos: amigos, cônjuges, companheiros antigos de trabalho. Encontrando o companheiro para conversas, parceiros para dança e até mesmo para relações afetivas, namorados. Relações essas quase imediatas, principalmente pelos que amam a dança. É por meio dos bailes que as relações afetivo-sexuais dos idosos representam como um desafio, com o primeiro contato proporcionado pelos pares, ou seja, quando estão envolvidas em um relacionamento íntimo e afetivo, pessoas têm um estado emocional mais saudável. Para Rodriguez (2003), Barbosa (2005) e Maciel (2006) pesquisas desse tipo contribuem para compreensão do envelhecimento e para criação de novas intervenções que objetivem a promoção de bem-estar nessa fase da vida.

No entanto, a prática da dança de salão atinge os domínios: psicomotor, sócio afetivo e cognitivo, relacionando-se à melhoria da coordenação motora, do ritmo, da percepção espacial, do desenvolvimento da musculatura e da autoestima, possibilitando o convívio e o aumento das relações sociais e a queda de diversos bloqueios psicológicos, principalmente timidez (GUIMARÃES, 2003; ABREU, 2008).

Observa-se que a prática de dança é um fator importante para a saúde. Porém não se discute a fundo a sua relação de benefícios para os idosos. Isso fica explícito na afirmativa de Vagetti (2012) “Apesar dessas evidências, estudos avaliando os correlatos de domínios específicos da QV do idoso (como os domínios avaliados no WHOQOL-OLD) são escassos” (p. 15)

3. PROCESSO METODOLÓGICO

3.1 MODELO DE ESTUDO

Este estudo caracteriza-se como descritivo comparativo com delineamento transversal, tipo *ex post facto*. O delineamento básico desse tipo de pesquisa consiste em descrever e determinar a relação que existe entre as variáveis e a sua predição (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012). A variável independente será a dança de salão e ginástica; a dependente será a qualidade de vida; por fim, as variáveis categóricas serão o estado civil, a classe social e a idade.

A pesquisa foi realizada em cinco fases, descritas a seguir:

- 1) Delineamento da pesquisa: escolha da amostra, construção do projeto de pesquisa (revisão de literatura), submissão ao comitê de ética institucional.
- 2) Pesquisa Piloto: utilizada para validar/testar a aplicabilidade dos questionários.
- 3) Pesquisa de Campo: aplicabilidade e coleta de dados.
- 4) Tabulação dos dados: categorização dos dados obtidos e a realização das análises estatísticas.
- 5) Fechamento da Dissertação: análise e discussão dos dados coletados e resultados obtidos, e finalização da dissertação.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população para esse estudo foi constituída por idosas com idade igual ou superior a 60 anos. A amostra foi composta, de forma intencional, por 219 idosas, praticantes de dança de salão, praticantes de ginástica e não praticantes de atividade física estruturada da cidade de Curitiba - PR. Segundo o presidente do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC, 2006), Luís Henrique Cavalcanti Fragomeni, Curitiba tem 133.619 idosos - 8% da população. A maioria, 56%, encontra-se na faixa dos 60 a 69 anos; 59% são mulheres.

A seleção da amostra foi realizada na escola Dance Sempre - Espaço Cultural, situado a Rua Carlos de Carvalho, nº708; no Clube recreativo Dom Pedro II, situado na Rua Brigadeiro Franco, 3662; na academia Espaço do Corpo, nas

sedes do Cristo Rei e Portão em Curitiba; e na Primeira Igreja Batista de Curitiba, situada na Rua Bento Viana, 1200, Batel. Na tabela 1 pode ser observada a distribuição da amostra.

TABELA 1 – Distribuição da amostra

GRUPOS	Mínimo idosas acima de 60 anos	Coletados
DANÇA DE SALÃO	60	76
GINÁSTICA	60	70
GRUPO CONTROLE/NÃO PRATICAM ATIVIDADE ESTRUTURADA	60	73

Fonte: Krawutschke, Vagetti e Oliveira, 2017. Elaborada para fins dessa dissertação.

3.3 CALCULO AMOSTRAL

O cálculo amostral, *à posteriori*, foi realizado utilizando a calculadora GPower adotando tamanho de efeito de 0,25 e alfa de 0,5. Verificou-se que o número mínimo de participantes proposto neste estudo (60 por grupo) foi suficiente para as análises propostas (poder de 0.85).

3.4 SELEÇÃO AMOSTRAL

A seleção da amostra deste estudo foi realizada de forma intencional, onde se buscou pesquisar no mínimo 180 idosas, divididas em três grupos, com no mínimo 60 em cada grupo, sendo um grupo controle (idosas que não praticam atividades estruturadas), um segundo grupo de idosas que praticam ginástica e o terceiro grupo com idosas que praticam dança de salão, tendo representantes apenas do sexo feminino.

A exclusão do sexo masculino desta pesquisa deu-se devido a inexistência de homens que realizam a prática de ginástica e a dificuldade de aceitação de participação na pesquisa nos praticantes de dança de salão, nos locais selecionados para esse estudo. Devido ao processo de coleta de dados, ocorreram perdas, descartes e ajustes de indivíduos para o estudo. Foram pesquisados um total de 248 idosos, sendo 26 desses masculinos e 3 desistências, sendo assim constituída nossa amostra final por 219 idosas.

3.5 FATORES DE INCLUSÃO

Idosas com idade igual ou superior a 60 anos, praticantes de ginástica, praticantes de dança de salão e que não praticavam nenhuma atividade estruturada.

3.6 FATORES DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os idosos que não eram do sexo feminino, as idosas que não entregaram assinado o Termo de consentimento, durante a coleta dos dados, e as idosas que não responderam aos questionários em sua totalidade e não atenderam à pontuação do *Mini Mental State Examination*.

3.7 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Os instrumentos descritos no Quadro 1 foram utilizados para coleta de dados.

QUADRO 1- Instrumentos de coleta de dados

INSTRUMENTOS	REFERÊNCIA	ANEXO	FINALIDADE
Identificação e dados sociodemográficos	MAZO; BENEDETTI; LOPES, 2009	1	Identificar e selecionar o grupo a ser pesquisado
Critério de Classificação Econômica Brasil	ABEP ,2015	2	Classificação social/escolaridade
Versão brasileira do “ <i>International Physical Activity Questionnaire</i> ” (IPAQ) forma curta/ versão 8	WHO, 1998.	3	Avalia nível de atividade física
WHOQOL – BREF	FLECK et al., 2000	4	Avalia percepção da Qualidade de vida
WHOQOL – OLD	FLECK et al., 2006	5	Avalia percepção da qualidade de vida na população

			idosa
Mini Mental	FOLSTEIN, 1975	6	Análise do estado mental e cognitivo para manter resposta dos outros questionários fidedignos

FONTE: KRAWUTSCHKE, A.; OLIVEIRA, V. , 2016.

3.7.1 DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS

- Análise do estado mental e cognitivo

Para análise do estado mental e cognitivo foi utilizado o Mini Mental State (FOLSTEIN *et al.*, 1975) para garantir a fidedignidade das respostas dos outros questionários, e também para verificar o estado/rastreio cognitivo.

O *Mini Mental State Examination* (MMSE), elaborado por Folstein e colaboradores, é um dos testes mais empregados em todo o mundo, o qual apresenta uma breve avaliação de vários aspectos da cognição: estado de alerta, orientação, capacidade de concentração, linguagem, interpretação e execução de comandos.

O MMSE foi publicado no Brasil, na primeira versão, por Bertolucci e colaboradores (1994). Usados isoladamente ou incorporados a instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e o rastreamento de quadros demenciais. Na primeira versão, foram utilizadas as orientações sugeridas por Folstein e colaboradores, porém, foram necessárias algumas adaptações para o uso em nosso meio. Assim, na orientação espacial, o termo *condado* foi mudado para *bairro*. A repetição da frase em expressões como “*ifs, ands, or buts*” foi adaptada para *nem aqui, nem ali, nem lá*.

Para tanto, foram avaliadas as características de medida da escala determinando-se o melhor ponto de corte para o diagnóstico de distúrbio cognitivo, bem como o impacto da escolaridade neste ponto de corte. Um estudo prévio sugeriu pontos de corte para o uso do MMSE no Brasil para uniformização dos dados, definindo para analfabetos, 20 pontos; para idade de 1 a 4 anos, 25 pontos;

de 5 a 8 anos, 26 pontos; de 9 a 11 anos, 28 pontos; para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29 pontos (BRUCKI et al., 2003).

- Formulário com dados de identificação e dados sociodemográficos

Este formulário apresenta 11 questões abertas e fechadas, relacionadas com os dados de identificação e as características sócio-demográficas das idosas. (MAZO; BENEDETTI; LOPES, 2009).

- Classificação econômica

A pesquisa foi composta por variáveis definidas a partir do Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2015) contendo informações sobre bens possuídos e escolaridade do chefe da família. O critério categoriza os sujeitos em classes econômicas “A1” (42-46 pontos), “A2” (35-41 pontos), “B1” (29 -34 pontos), “B2” (23-28 pontos), “C1” (18-22 pontos), “C2” (14-17 pontos), “D” (8-13 pontos) ou “E” (0-7 pontos).

- Questionário Internacional de Atividade Física - IPAQ

Para identificar os hábitos de atividade física das idosas foi utilizado o IPAQ (International Physical Activity Questionnaire; Who, 1998), que é um questionário realizado para avaliar o nível de atividade física da população. A validação do IPAQ no Brasil foi desenvolvida pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul - CELAFISCS & Programa Agita São Paulo, publicado no ano de 2001, na Revista Brasileira de Atividade Física (PARDINI et al., 2001).

Foi utilizada a forma curta, versão oito, composta por oito questões relacionadas à atividade física e à inatividade física. As perguntas são referentes aos dias da semana e ao tempo (minutos, horas e dia) de atividades físicas no trabalho, para ir de um lugar para o outro, no lazer, no esporte, nos exercícios, nas atividades em casa e na jardinagem (GUEDES et al., 2005).

De acordo com as atividades físicas relatadas pelas idosas, para análise dos resultados, foi utilizada somatória dos tempos (minutos/semana) das atividades moderadas e vigorosas nos diferentes domínios. As idosas então, foram

classificadas em **praticantes** (acima de 150 minutos por semana de atividade física) e **não praticantes** (abaixo de 150 minutos por semana).

- A Avaliação da qualidade de vida

Foram utilizados dois instrumentos de avaliação da percepção de qualidade de vida, elaborados pela Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD) traduzidos e validados no Brasil pelo Dr. Marcelo Pio Fleck, do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Questionário – WHOQOL-BREF

O World Health Organization Quality of Life Group Bref - WHOQOL-BREF - é uma versão abreviada do instrumento WHOQOL-100. Esse questionário baseia-se no pressuposto de que qualidade de vida é um construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006). O WHOQOL-BREF consta de 26 itens, com duas questões gerais sobre qualidade de vida e as 24 demais divididas em quatro domínios: (a) físico; (b) psicológico; (c) relações sociais; (d) meio ambiente, como demonstra o Quadro 2.

QUADRO 2 - DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF E QUESTÕES RELACIONADAS

DOMÍNIOS	NUMERO DAS QUESTÕES
Domínio 1 – Físico	3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18
Domínio 2 – Psicológico	5, 6, 7, 11, 19 e 26
Domínio 3- Relações Sociais	20, 21 e 22
Domínio 4 – Meio Ambiente	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25

FONTE: WHOQOL-BREF (2000)

Cada domínio é subdividido em diferentes aspectos que são denominados facetas. No caso do domínio Físico, o que determinaria nossa Qualidade de Vida seria a existência ou não de dor e desconforto, a energia e a fadiga, e a qualidade

de nosso sono e repouso, da mobilidade, de manter-se apto para as atividades da vida cotidiana, o dos prejuízos da dependência de medicamentos. Ressalta-se a importância da capacidade de trabalho. No domínio Psicológico, os itens importantes seriam os sentimentos positivos e negativos, os aspectos cognitivos: pensar, aprender, memória e concentração, a autoestima, a imagem corporal e aparência. Por último, temos o domínio dos aspectos espirituais, religião e crenças pessoais. O suporte ou apoio social e a vida sexual são itens importantes para a Qualidade de Vida e estão inseridos no domínio das Relações Sociais. No domínio do Ambiente inclui-se a segurança física e a proteção, o ambiente no lar, os recursos financeiros, a disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde, o transporte, a oportunidade de lazer e aspectos do ambiente físico, como ruído, poluição, trânsito e clima, que influenciam as perspectivas e objetivos de uma pessoa, trabalhando, logo, com sua Qualidade de Vida. Observado melhor na Tabela 1.

As questões são formuladas para escala de resposta do tipo “Likert”, com uma escala de “intensidade” (nada-extremamente), “capacidade” (nada-completamente), “frequência” (nunca - sempre), e “avaliação” (muito insatisfeito-muito satisfeito-muito ruim-muito bom). O instrumento não possui um ponto de corte, entretanto, quanto mais alto seu escore, melhor é a Qualidade de Vida. As características psicométricas do WHOQOL-BREF preencheram os critérios de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste (FLECK et al., 2000).

TABELA 2: DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL-BREF

DOMINIO FÍSICO
Dor e desconforto
Energia e fadiga
Sono e repouso
Mobilidade
Atividade da vida cotidiana
Dependência de medicação ou de tratamentos
Capacidade de trabalho

DOMINIO PSICOLÓGICO

Sentimentos positivos

Pensar, aprender, memória e concentração

Autoestima

Imagem corporal e aparência

Sentimentos negativos

Espiritualidade/religião/crenças pessoais

RELAÇÕES SOCIAIS

Relações pessoais

Suporte (apoio) social

Atividade sexual

MEIO AMBIENTE

Segurança física e proteção

Ambiente no lar

Recursos financeiros

Cuidados sociais e de saúde: disponibilidade e qualidade

Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades

Participação e oportunidades de recreação/lazer

Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)

Transporte

FONTE: FLECK *et al.* (2000)

O primeiro estudo de validação do WHOQOL-BREF, desenvolvido na versão português, foi realizado no ano de 1998, através do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Para o estudo de validação, o WHOQOL-BREF foi aplicado numa amostra de 300 indivíduos na cidade de Porto Alegre. O instrumento apresentou boa consistência interna, validade concorrente, validade discriminante, validade de critério, validade de conteúdo e confiabilidade de teste-reteste, utilizando uma amostra heterogênea de pacientes com diferentes doenças e tratados tanto em regime ambulatorial como hospitalar. O WHOQOL-BREF alia um

bom desempenho psicométrico com praticidade de uso, o que o coloca como uma alternativa útil para ser usado em estudos que se propõem a avaliar a qualidade de vida no Brasil (FLECK et al., 2000). A consistência interna do WHOQOL-BREF, medida pelo coeficiente de Cronbach, foi boa, quer se tomem as 26 questões, os quatro domínios ou cada um dos domínios.

Questionário – WHOQOL-OLD

Partindo dos instrumentos genéricos de percepção de Qualidade de Vida, o GRUPO WHOQOL desenvolveu um instrumento específico de avaliação de Qualidade de Vida em população idosa com mais de 60 anos. Esse modelo contou também com diversos centros ao redor do mundo, com o objetivo de manter sua característica transcultural. O WHOQOL-OLD é resultado de um estudo multicêntrico iniciado em 1999.

O World Health Organization Quality of life Group- old - WHOQOL-OLD baseia-se nos mesmos princípios do WHOQOL-BREF, sendo desenvolvido pelo grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, para a avaliação da qualidade de vida de idosos. A versão final do módulo do WHOQOL-OLD contém seis facetas de quatro itens cada (o módulo consiste em 24 itens) avaliados pela escala de *Likert* (1 a 5 pontos). Portanto, para todas as facetas o escore dos valores possíveis pode oscilar de 4 a 20, desde que todos os itens de uma faceta tenham sido preenchidos. Os escores destas seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-OLD podem ser combinados para produzir um escore geral (“global”) para a qualidade de vida em adultos idosos, denotado como o “escore total” do módulo WHOQOL-OLD. O instrumento não possui um ponto de corte, entretanto, quanto mais alto seu escore, melhor é a Qualidade de Vida. De acordo com o coordenador do Projeto WHOQOL no Brasil, Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, o questionário WHOQOL-OLD deve ser aplicado juntamente com o questionário WHOQOL-BREF (FLECK et al., 2006).

QUADRO 3 - DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO WHOQOL-OLD

DOMÍNIOS	NUMERO DAS QUESTÕES
Domínio 1 – Funcionamento dos sensorio (FS)	1, 2, 10 e 20
Domínio 2 - Autonomia (AUT)	3, 4, 5 e 11
Domínio 3 – Atividades passadas, presentes e futuras (PPF)	12, 13 15 e 19
Domínio 4 - Participação social (PSO)	14, 16, 17 e 18
Domínio 5 – Morte e morrer (MEM)	6, 7, 8 e 9
Domínio 6 - Intimidade (INT)	21, 22, 23 e 24

FONTE: WHOQOL-OLD (2008)

Em um estudo aplicado em 424 idosos na cidade de Porto Alegre, o instrumento demonstrou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. O módulo WHOQOL-OLD representa uma alternativa útil e com bom desempenho psicrométrico na investigação de qualidade de vida em idosos (CHACHAMOVICH, 2005).

O WHOQOL pode ser autoadministrado, assistido pelo entrevistador ou completamente aplicado pelo entrevistador, nesse estudo, optou-se pela entrevista direta, dada a dificuldade de leitura, problemas visuais, comuns em idosos (CHACHAMOVICH, 2005). Sugere-se que, para fins de pesquisa, sejam desconsiderados os questionários com uma proporção de itens incompletos de mais de 20% (THE WHOQOL GROUP, 1998).

O modelo WHOQOL-OLD pode ser empregado em uma série de desenhos de pesquisa, incluindo investigações de base epidemiológica, de aferição do impacto da implementação de serviços ou intervenções e ensaios clínicos nos quais a medição de Qualidade de Vida seja desfecho de interesse.

Além das justificativas apresentadas para a utilização da versão curta do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD e do IPAQ, também está a praticidade, a disponibilidade de tempo e a economia. Um estudo piloto foi realizado para testar o

tempo de execução de cada questionário, a fim de verificar as principais dificuldades na compreensão das questões e das respostas.

3.8 COLETA DE DADOS

Para realização da coleta de dados, foram efetuados contatos telefônicos com os responsáveis por diversos espaços de interesse para pesquisa. MARCADA uma visita a cada local, para apresentação dos objetivos e relevância do estudo, bem como esclarecimentos de possíveis dúvidas. Após autorização pelos responsáveis pela escola Dance Sempre – Espaço Cultural, situado a Rua Carlos de carvalho, nº708; pelo Clube Recreativo Dom Pedro II, situado na Rua Brigadeiro Franco, 3662; pela academia Espaço do Corpo, nas sedes do Cristo Rei e Portão em Curitiba; e pela Primeira Igreja Batista de Curitiba, situada na Rua Bento Viana, 1200, Batel; foram agendadas as datas para coleta de dados.

Nos dias da coleta de dados, as idosas que tinham interesse em contribuir para a pesquisa, receberam instruções necessárias para participação do estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) que foi preenchido, assinado, autorizando o uso dos dados. Neste termo contém uma breve explicação sobre objetivos e métodos que foram empregados na pesquisa, sendo que as idosas podiam desistir da participação da coleta de dados a qualquer momento que desejassem.

3.9 PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA COLETA DE DADOS

Tendo como base Mazo, Benedetti e Lopes(2009), foram feitos os seguintes procedimentos: antes de ir ao local em que foi realizada a coleta de dados: era preciso estar de posse da data, horário e endereço, fornecidos previamente pelo pesquisador.

Organizou-se com antecedência o material utilizado para coleta de dados, verificou-se sua completude, informou-se a idosa participante realizou alguma avaliação recente, caso tivesse realizado, deveria ser agendada outra data.

O pesquisador informou à idosa participante sobre o objetivo da aplicação dos instrumentos, o modo de aplicação, o tempo médio de aplicação e o destino dos dados obtidos. Foi imprescindível esclarecer que as informações prestadas ao pesquisador eram de caráter confidencial e que seria assinada pelo pesquisador e pela idosa a formalização do convite, a participação na pesquisa em duas vias, sendo uma via para posse do pesquisador e a outra da idosa.

Após o consentimento da idosa, os instrumentos de pesquisa foram aplicados individualmente, em espaços reservados pelo responsável de cada local, sempre com uma mesa e duas cadeiras. Esses locais eram escolhidos de forma que tivessem o mínimo de estímulos ao redor, para não tirar atenção das idosas, para que pudessem ouvir as questões com clareza, locais mais calmos, e sem muita movimentação.

Durante aplicação, foram tomadas algumas considerações importantes, tais como, anotar nome, endereço completo e telefone da idosa; proporcionar conforto, preservando-a e facilitando a sua espontaneidade; originar confiança, tratando-a com cortesia, educação, respeito e paciência; fazer uma pergunta de cada vez, com calma e clareza, falando devagar, com tom de voz adequado à idosa; não induzir as respostas, transparecendo a resposta esperada ou a que entrevistador considerasse mais adequada; sempre que possível ter contato visual; manter o controle da entrevista, sem causar incômodo; seguir rigorosamente as instruções para o preenchimento dos questionários e a ordem de aplicação, ler as questões de forma integral e pausadamente as perguntas, respeitando a ordem em que aparecem nos questionários.

Caso a entrevistada apresentasse alguma dificuldade de compreensão, o entrevistador poderia ajudá-la a compreender, lendo novamente a pergunta, cuidando para que não houvesse indução na resposta; nas perguntas com alternativas, ler pausadamente cada alternativa, dando tempo necessário para a entrevistada compreender e responder; fazer todas as perguntas e registrar todas as respostas; caso a pergunta tivesse sido repetida três vezes, pular-se-ia essa questão, que seria retomada posteriormente, cuidando para que nenhuma pergunta ficasse sem resposta.

Após a finalização da pesquisa, informamos à idosa que seriam marcados encontros nos locais onde foram realizadas as aplicações, previamente agendados, para apresentação dos resultados, finalizamos agradecendo a colaboração das idosas.

3.10 ESTUDO PILOTO

Este, foi desenvolvido para verificar as possíveis alterações no desenho da pesquisa. Foi realizado com sete idosas, sendo três praticantes de qualquer atividade física, na academia Espaço do Corpo - Cristo Rei, e quatro (4) idosas não praticantes de atividade física. O objetivo do estudo piloto foi analisar qual seria o melhor método de aplicação dos instrumentos, e se os mesmos eram adequados para a pesquisa. Verificou-se o tempo gasto com a aplicação dos instrumentos, a objetividade e a clareza, e ainda foi possibilitado um treino prévio para aplicação dos mesmos.

A preparação para a ação do estudo piloto contemplou três fases distintas. A primeira foi a ambientação dos avaliadores com os questionários a serem aplicados. A segunda, contou com a demonstração de aplicação dos mesmos. A última fase da preparação foi o estudo pessoal dos avaliadores sobre os questionários, e aplicação voluntária a pessoas de seu convívio, como forma de treinamento, visando a execução de cada questionário.

Para a realização da coleta de dados, primeiramente foi efetuado contato pessoal com algumas idosas praticantes e não praticantes de atividade física; feita apresentação dos objetivos e relevância do estudo, bem como esclarecimentos de possíveis dúvidas e interesse em participação, sendo, então, agendada a coleta de dados para o estudo piloto.

A aplicação do estudo piloto foi realizada no dia 08 de junho de 2016, no período da manhã e tarde. No dia da coleta de dado para estudo piloto, as idosas receberam as instruções necessárias para a participação no estudo e o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido que foi preenchido, autorizando o uso dos dados.

A aplicação se mostrou satisfatória, necessitando somente de alteração das questões sobre nacionalidade e naturalidade, para facilitar a compreensão, conforme descritos abaixo. Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O tempo total da ação contemplou três horas no período da manhã, e uma hora e cinquenta minutos, no período da tarde (Preparação do local, conversa com as idosas, coleta de peso e altura, entrevista face a face, considerações e agradecimentos às idosas).

Durante o estudo piloto, houve a necessidade de repetição de algumas das questões, determinando-se que, deveria repetir, no máximo três vezes a questão, em casos de não compreensão por parte da entrevistada. Para evitar a possível tendência nas respostas, também se estipulou que a mesma deveria ser pulada, após a referida ação. Observou-se também uma dificuldade de compreensão por parte das idosas nas perguntas sobre nacionalidade e naturalidade, sendo entendidas estas questões por país e cidade em que se nasceu, respectivamente.

O tempo das entrevistas teve uma média de 33 minutos. A coleta mais demorada durou 43 minutos, e a menor, 22 minutos. Essa discrepância de tempo ocorreu pela diferença do nível de escolaridade da idosa, o mais elevado obteve maior facilidade de compreensão das perguntas. O tempo médio para a aplicação do estudo piloto mostrou-se satisfatório, por estar dentro do médio previsto, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em relação aos questionários do estudo, somente houve dificuldade, por parte das idosas, em entender às perguntas sobre nacionalidade e naturalidade, sendo necessárias modificações no instrumento de coleta de dados por país e cidade em que nasceram, respectivamente.

Diante disso, concluiu-se que, neste estudo piloto, a aplicação dos questionários exigiu calma, repetição das perguntas, quando necessário, com clareza e cuidado para não conduzir as respostas. Ficou determinado que, para a coleta de dados final, as perguntas seriam repetidas até três vezes. E, caso a idosa ainda não entendesse, devia-se pular a questão, retornando a leitura

posteriormente, não deixando nenhuma em branco. A amostra desse estudo piloto não foi incluída na amostra final.

3.11 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a descrição dos participantes, utilizaram-se medidas de tendência central e dispersão para variáveis contínuas, bem como, a distribuição de frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas.

A normalidade e homogeneidade de variância dos dados entre os grupos foram avaliadas utilizando os testes “Shapiro Wilk” e “Bartlett’s test”, respectivamente.

As análises comparativas foram realizadas por meio de Análises de Variância One way (ANOVA), para variáveis com variância homogênea, e Welch Test, para variáveis com variâncias heterogêneas entre os grupos.

As comparações múltiplas foram realizadas por meio do “post hoc” de Bonferroni e a significância estatística de $p < 0,05$ foi adotada para todas as análises. Sendo que, estas, foram realizadas utilizando o software estatístico “Stata MP 13.0”.

3.12 CRITÉRIOS ÉTICOS DO ESTUDO

Este estudo seguiu as normas da Resolução nº466/2012, que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciência da Saúde da Universidade Federal do Paraná – UFPR, na data de 06 de maio de 2016, sob o parecer n. 1.534.111.

Após foi realizada a coleta de dados, à qual obedeceu três princípios básicos da bioética como norteadores: a beneficência, respeito à pessoa e a justiça, assegurando os direitos e deveres do pesquisador e dos participantes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PERFIL DA AMOSTRA

O presente estudo entrevistou 248 participantes, no período de julho a outubro do ano de 2016, sendo consideradas para análise estatística 219 idosas. 29 questionários não foram utilizados na pesquisa, devido aos fatores de exclusão (26 questionários de indivíduos do gênero masculino) e três questionários incompletos, pela desistência de participantes durante a coleta.

A caracterização da amostra foi formada pelos dados coletados, a apresentação se dá por meio dos dados quantitativos; foram tratados estatisticamente, e apresentados por meio de tabelas, com a finalidade de organizar e deixar mais clara e objetiva a interpretação dos dados.

Para a descrição dos participantes, utilizaram-se medidas de tendência central e dispersão para variáveis contínuas, bem como, a distribuição de frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas. Abaixo se encontra tabela com a síntese da caracterização da amostra.

Tabela 3: Perfil amostra geral

Variável	N	%
Nacionalidade		
Brasileira	217	99,09
Espanhola	1	0,46
Italiana	1	0,46
Estado Civil		
Solteiro(a),nunca casou	24	10,96
Casado(a), c/ companheiro(a)	76	34,70
Separado(a)/divorciado(a)	41	18,72
Viúvo(a)	74	33,79
Outro	4	1,83
Raça		
Branca	190	86,76
Preta	7	3,20
Amarela	2	0,91
Parda	19	8,68
Outras	1	0,46
Anos de escolaridade		
0	8	3,65
1	9	4,11

2	16	7,31
3	30	13,7
4	64	29,22
5	17	7,76
6	5	2,28
7	8	3,65
8	32	14,61
9	3	1,37
10	7	3,2
11	6	2,74
12	8	3,65
13	1	0,46
14	1	0,46
15	2	0,91
16	1	0,46
20	1	0,46
Classific. Socioeconômica		
A	2	0,91
B1	6	2,74
B2	22	10,05
C1	55	25,11
C2	72	32,88
D	62	28,31
Ocupação Atual		
Aposentado(a)	118	53,88%
Pensionista	45	20,55%
Nunca trabalhou	0	0%
Dona de casa	40	18,26%
Outro	16	7,31%
Problemas de Saúde		
Sim	174	79,45%
Não	45	20,55%

Fonte: KRAWUTSCHKE; VAGETTI; OLIVEIRA, 2017.

A média de idade das idosas foi de 71,37 anos, sendo disposta aproximadamente entre 60 e 94 anos (mínimo e máximo). A amostra desse estudo esteve muito próxima à média do estudo brasileiro de Gomes (2016), de 68,91 anos, e com proximidade nas idades mínimas; assim como o estudo de Vagetti et al. (2013, 2015) que foi de 68,93 e de Oliveira et al. (2011), de 70,7.

Em relação à nacionalidade, 99,09% da amostra da pesquisa é brasileira. Pode-se verificar que maioria é nascida no estado do Paraná, somente 7,3% pertence a outros estados. Mesmo em outros estudos, essa comparação de nacionalidade não foi observada e deve ser levada em consideração aos

resultados obtidos, pois a colonização na região sul difere de outras regiões do Brasil, e a cultura pode interferir nos resultados do estudo.

Em relação ao estado civil das idosas, 76 estão casadas, ou têm um companheiro (34,70%); 74 estão viúvas (33,79%); 41 estão separadas ou divorciadas (18,72%); 24 estão solteiras (10,96%); e quatro se consideram em outra situação (1,83%). O resultado foi semelhante com os estudos de Gomes (2016), realizado na cidade de Ponta Grossa-PR, e com o estudo curitibano realizado por Vagetti et al. (2013).

A predominância da população da amostra relacionada à raça foi da cor branca, 86,76%, pode ser explicado pelo fato de a região sul apresentar predominante colonização europeia, principalmente no estado do Paraná.

Na amostra, 57,99% encontram-se com menos de quatro anos de estudo, resultado semelhante aos estudos de Gomes (2016), realizado na cidade de Ponta Grossa-PR; e dá força ao achado no estudo realizado em Florianópolis, de Mazzo, Benedetti e Sacomori (2011), de que as idosas não ultrapassam o ensino fundamental. Percebe-se o baixo nível escolar alcançado por elas.

Em relação à classificação econômica, 57,99% das idosas entrevistadas encontra-se na classe C, que segundo o IBGE-2013, varia de 4 a 10 salários mínimos. Comparando a outros estudos, como o de Sloane-Seale e Kops (2010); Vagetti et al. (2012); Vagetti et al.(2013b); Vagetti et al (2013c) a predominância foi da classe econômica C, diferente do estudo de Oliveira et al.(2011) que se compôs pela maioria da classe alta. De acordo com estudo realizado, a maioria das idosas, 53,88%, vive de aposentadoria. Resultado semelhante aos estudos de Vagetti et al (2012) onde o total foi de 52,1%. Percebe-se que, na amostra em questão, a porcentagem foi menor do que em relação aos estudos de Gomes (2016), onde se teve a porcentagem de 81,3%, e de Sloane-Seale e Kops (2010) que foi dois terços de sua amostra.

Tratando-se do fator saúde, 174 idosas relataram ter algum problema, sendo 79,45% da amostra. Mesmo com essa alta porcentagem em relação aos problemas de saúde, 88,13% das idosas se consideram saudáveis. Isso torna relevante a colocação de Santos(2009), onde se relata que deve existir um

equilíbrio entre os vários domínios de capacidade funcional do idoso, sem significar ausência total de problemas. Este achado corroborou com o estudo de Gomes (2016), onde 77,6% relatam ter problemas de saúde, mas, 88,1% consideram-se saudáveis; e com o estudo de Vagetti et al.(2013b) em que a maioria das idosas declara ter boa ou excelente saúde. Sendo o presente estudo contrário ao apresentado no estudo de Vagetti et al. (2013c) onde oito em cada dez (10) idosas apresentavam-se não saudáveis, resultado inversamente proporcional ao apresentado pela amostra.

Em relação à qualidade de vida geral e específica das idosas (tabela 4), os escores em média obtidos são satisfatórios e demonstram uma ótima qualidade de vida, tais como, domínio psicológico (QVG), funcionamento do sensório e morte e morrer (WHOQOL-OLD) que foram significativos. Os dados foram semelhantes ao de Gomes(2016), mas, diferenciando do estudo de Vagetti(2013) onde o escore de maior valor médio foi o físico (70,71 \pm 13,09), enquanto o menor escore médio foi no domínio Relações sociais (66,92 \pm 14,70).

Tabela 4- Média e desvio padrão da QVG e domínios dos questionários WHOQOL-BREF e OLD da amostra geral.

Variável	N	Média	Desvio Padrão
QVG	219	71,92	15,76
FISICO	219	68,35	15,24
PSICOLÓGICO	219	71,46	11,78
SOCIAL	219	68,61	16,50
AMBIENTAL	219	64,33	11,37
QVG(Whoqol-old)	219	70,58	9,98
FS	219	73,40	15,15
AUT	219	66,81	13,87
PPF	219	69,18	12,68
PSO	219	51,35	11,44
MEM	219	73,89	22,26
INT	219	69,78	16,26

Fonte: KRAWUTSCHKE; VAGETTI; OLIVEIRA, 2017.QVG: Qualidade de vida; FS: Funcionamento do sensório; AUT: Autonomia; PPF: Atividades Passadas, presentes e Futuras; PSO: Participação Social; MEM: Morte e Morrer; INT: Intimidade.

A Qualidade de vida geral teve um escore médio de 71,92 ($\pm 15,76$), sendo intermediário aos estudos de Gomes(2016), que apresentou média de 75 ($\pm 17,90$) e do estudo de Vagetti et al.(2013), 70,08($\pm 15,33$), e Costa (2016), 70,83 em idosas de 60 a 64,9 anos, como nas de 70 a 74,9 anos . O domínio psicológico foi o que se mostrou melhor, com média de 71,46 ($\pm 11,78$), e o menor escore para o domínio ambiental, com 64,33 ($\pm 11,37$, com menor desvio padrão.

Ao verificar os níveis do WHOQOL-OLD obteve-se como média geral 70,58($\pm 9,98$) e domínios de funcionamento do sensório com média 73,40($\pm 15,15$), e morte morrer, com média 73,89 ($\pm 22,26$) como melhores escores de média. O menor escore médio foi o domínio participação social 51,35($\pm 11,44$). Nos estudos de Gomes (2016) e Vagetti et al.(2013) também foram percebidos maiores escores médios nos domínios de funcionamento do sensório (75 $\pm 19,92$ /79,29 $\pm 16,79$ respectivamente) e morte morrer (75 $\pm 25,97$ /74,46 $\pm 23,42$, respectivamente).

Em virtude do revelado, é possível verificar que a amostra em geral, é constituída por brasileiras, maior parte nascida no estado do Paraná, com baixa escolaridade. Sua idade média 71,37 ($\pm 6,96$) , da cor branca (86,76%), casadas (34,70%), com média de quatro anos de estudo, aposentadas (53,88%) e estando a maioria classificada enquanto classe social C.

4.2 COMPARAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA ENTRE GRUPOS

Os resultados da comparação entre os grupos e domínios (WHOQOL-BREF) encontram-se na tabela abaixo.

Tabela 5: Comparação entre grupos e domínios do WHOQOL-BREF .

WHOQOL-BREF					
	Atividade não estruturada	Ginástica	Dança		
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	F	P
Qualidade de Vida Geral	65,07 ± 15,58 ^a	71,79 ± 16,58 ^b	78,62 ± 12,04 ^{ab}	17,79*	0,00
Domínio Físico	60,57 ± 13,51 ^a	66,28 ± 14,93 ^a	77,73 ± 11,96 ^a	31,37	0,00
Domínio Psicológico	66,61 ± 11,53 ^a	70,42 ± 11,33 ^b	77,08 ± 10,08 ^{ab}	17,40	0,00
Domínio Social	65,07 ± 16,41 ^a	64,40 ± 17,83 ^b	75,88 ± 12,59 ^{ab}	14,92*	0,00
Domínio Ambiental	60,92 ± 10,01 ^a	62,81 ± 10,54 ^b	69,00 ± 11,92 ^{ab}	11,28	0,00

DP: Desvio-padrão. **Welch test*. Caracteres iguais denotam diferença significativa entre os grupos (p<0,05)

Na Qualidade de vida, o grupo de dança (78,62 ±12,04) mostra-se com melhor percepção no referido quesito do que os outros dois grupos (71,79 ±16,58/65,07 ±15,58). Essa diferença do grupo de dança de salão permaneceu em todos os comparativos entre os domínios do WHOQOL-BREF, com aproximadamente 11 pontos a mais de diferença do grupo da Ginástica nos domínios físico e social, e de seis pontos nos domínios psicológico e ambiental. Já a diferença relacionada ao grupo das idosas, que não praticam atividade estruturada, o grupo de dança de salão teve uma diferença de 17 pontos a mais no domínio físico, 10 pontos nos domínios psicológico e social e de 8 pontos no domínio ambiental. (Tabela 5)

A Qualidade de vida (QVG) dos grupos de ginástica e de dança de salão mostra-se melhor do que o grupo que não realiza atividade estruturada. Esse achado corrobora com estudos de Pereira et al., (2006), Gomes (2016) e Moreira et al. (2013) , comprovando que a prática corporal promove uma melhoria da QV da população idosa que a pratica. Isso explica também o melhor escore no domínio físico dos grupos que praticam dança de salão (77,73 ±11,96) e ginástica (66,28 ±14,93) relacionado com o grupo que não pratica atividade estruturada (60,57 ±13,51). Semelhante, a pesquisa de Aguiar(2009), identificou que a média dos escores obtidos para o domínio físico foi significativamente maior no grupo de praticantes de hidroginástica, quando comparada com a média dos não praticantes de exercício físico.

Com o intuito de explorar os dados e identificar a diferença de percepção da qualidade de vida entre o grupo que pratica ginástica e o que pratica dança de salão, realizamos uma análise adicional, onde comparamos o nível de prática corporal. De modo que, um nível mais rigoroso pode ocasionar um desprazer na realização da sua prática (EKKEKAKIS et al., 2011). Nesta pesquisa, não identificamos diferenças entre os grupos, tanto na atividade física moderada quanto na vigorosa, não tivemos escores significativos entre os grupos de dança de salão ($39,14 \pm 69,15$) e ginástica ($41,07 \pm 61,14$), como observamos na tabela 6 e 7, isso nos leva a olhar para a especificidade de cada prática corporal.

Tabela 6 : Média atividade física moderada/vigorosa dos grupos.

GRUPO	N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Atividade não estruturada	73	4,52	13,31
Ginástica	70	41,07	61,14
Dança de salão	76	39,14	69,15

Tabela 7 : Comparação atividade física moderada/vigorosa.

	Não atividade estruturada	Ginástica
Ginástica	36,55 0,00	
Dança	34,62 0,00	-1,92 1,00

Segundo o estudo de Oliveira et al. (2010), outro benefício promovido pela prática corporal é a melhora das funções cognitivas e psicológicas, comprovado pela pesquisa de Vicentini de Oliveira et al.(2014), onde o maior escore encontrado foi no domínio psicológico pelos três grupos de práticas corporais diferentes. Nesta pesquisa, não obtivemos o maior escore no domínio psicológico, mas o valor alcançado foi considerado significativo nos grupos de prática corporal ($77,08 \pm 10,08$ / $70,42 \pm 11,33$) relacionado ao grupo que não pratica atividade estruturada ($66,61 \pm 11,53$). Portanto, a prática corporal está ligada diretamente à questão cognitiva / psicológica, pois, ao se concordar que a prática corporal tem função

educacional (MOREIRA et al.,2013), atividades educacionais promovem a saúde mental do idoso(BUFALO, 2013).

No domínio das relações sociais, obteve-se uma diferença significativa entre as médias do grupo de dança de salão ($75,88 \pm 12,59$) e ginástica ($64,40 \pm 17,83$). Apesar de a ginástica ser também uma atividade realizada em grupo, observamos uma diferença no tipo de relação social das práticas corporais em grupo. No estudo de Vicentini de Oliveira et al.(2014), no domínio relações sociais, não se obteve diferenças estatisticamente significantes entre as médias dos três grupos de atividade física (musculação, hidroginástica e academia de terceira idade), embora a hidroginástica seja uma atividade realizada em grupo e a academia da terceira idade incentive a participação social, os resultados dessas modalidades não se destacaram em relação a musculação.

Portanto, a dança de salão torna-se uma modalidade de prática corporal diferenciada para as relações sociais, como as próprias idosas da pesquisa relataram nas questões abertas acrescentadas no questionário sociodemográfico: “Venho aqui para encontrar meus amigos, arrumar um paquera que dance muito!”; “Aqui não me sinto sozinha, tenho muitos amigos.”; “Amo vir aqui dançar, pois conheço muita gente, tenho muitos amigos do baile.”; “Prefiro estar aqui dançando com meus amigos, cada dia conhecendo mais pessoas do estar em casa sozinha.” Concordando com Okuma (1998), Nanni (2001) e Belo & Gaio (2007) ,que dizem que a dança é a melhor opção para grupos de idosos, trazendo, além de benefícios físicos, o convívio em grupo, colaboração e cooperação, a integração e o fortalecimento de amizades, melhorando capacidade de comunicação e a auto-estima; além da ocupação do tempo livre, evitando as angústias e as incertezas. Assim sendo uma possibilidade de lazer, socialização, educação, arte e exercício.

Entre os três grupos desta pesquisa, o domínio do meio ambiente foi o que teve menor diferenciação entre os escores, resultado semelhante à pesquisa de Vicentini de Oliveira et al.(2014), na qual o domínio do meio ambiente, o escore das três modalidades de exercício físico avaliadas, foram praticamente semelhantes.

Como complemento ao WHOQOL-BREF, utilizamos o WHOQOL-OLD, para avaliar as peculiaridades da população idosa. Os resultados da comparação entre os grupos e domínios (WHOQOL-OLD) encontram-se na tabela abaixo.

Tabela 8: Comparação entre grupos e domínios do WHOQOL-OLD.

WHOQOL-OLD					
	Atividade não estruturada	Ginástica	Dança		
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	F	P
Qualidade de Vida Geral	66,91 ± 11,03 ^a	70,63 ± 9,92	74,07 ± 7,54 ^a	10,94*	0,00
Domínio FS	70,63 ± 17,82	73,93 ± 14,82	75,58 ± 12,17	1,93*	0,14
Domínio AUT	64,55 ± 14,36	67,05 ± 14,63	68,75 ± 12,46	1,73	0,17
Domínio PPF	64,90 ± 14,00 ^a	69,82 ± 11,56	72,70 ± 11,22 ^a	7,61	0,00
Domínio PSO	47,53 ± 11,67 ^a	50,93 ± 12,43 ^b	55,39 ± 8,75 ^{ab}	11,21*	0,00
Domínio MEM	72,26 ± 26,29	74,55 ± 19,10	74,84 ± 20,92	0,24*	0,78
Domínio INT	63,44 ± 17,45 ^a	68,48 ± 17,72 ^b	77,06 ± 9,65 ^{ab}	19,83*	0,00

DP: Desvio-padrão. **Welch test*. Caracteres iguais denotam diferença significativa entre os grupos ($p < 0,05$). FS: Funcionamento do sensório; AUT: Autonomia; PPF: Atividades Passadas, presentes e Futuras; PSO: Participação Social; MEM: Morte e Morrer; INT: Intimidade.

Na Qualidade de vida geral (QVG) do WHOQOL-OLD, como na qualidade de vida geral (QVG) do WHOQOL-BREF o grupo de dança de salão (74,07 ± 7,54) teve escore maior que grupo da ginástica (70,63 ± 9,92). Os dois grupos citados anteriormente tiveram escore maior que o grupo das idosas que não praticavam atividade estruturada (66,91 ± 11,03).

No WHOQOL-OLD obtivemos resultados nos domínios de Funcionamento do sensório ($p = 0,14$), domínio autonomia ($p = 0,17$) e domínio morte e morrer ($p = 0,78$) não existiram diferenças significativa entre os grupos.

Estes três domínios estão relacionados ao processo de envelhecimento, onde ocorrem perdas físicas e cognitivas, diminuição de 30% peso e volume cerebral aos 80 anos, diminuição da síntese dos neurotransmissores gradativos com a idade, perdas corporais (invalidez, incontinências, dependência física), a angústia da morte (FARBER, 2012; FECHINE e TROMPIERI, 2012).

Evidências científicas indicam claramente que a participação em programas de atividades físicas é uma forma de reduzir e/ou prevenir o declínio da capacidade de desempenhar determinadas atividades cotidianas de forma independente, ou seja, autonomia (VOGEL et al. 2009; NELSON et al., 2007; OMS, 2005). Observamos que essa percepção de melhora da autonomia não foi

significativa entre os grupos na amostra ($64,55 \pm 14,36$ / $67,05 \pm 14,63$ / $68,75 \pm 12,46$). Portanto, estudos focam que atividades que melhoram a força muscular do idoso são mais efetivas para melhora da autonomia, do que atividades com características aeróbicas (Kura,2007; Wilmore,2010; Morais e Gagliarde,2012). No estudo de Vicentini de Oliveira et al.,(2014) as integrantes do grupo das idosas que praticam musculação obtiveram escores mais altos no domínio autonomia em comparação aos das participantes dos outros grupos.

Na avaliação do domínio atividades passadas, presentes e futuras, novamente o grupo das idosas que praticam dança de salão ($72,70 \pm 11,22$) obteve melhores resultados, com diferença estatisticamente significativa. Esse domínio inclui perguntas sobre a satisfação com o que alcançaram na vida, sentimento em relação às coisas que dela esperam, entre outras. Alguns relatos de idosas praticantes de dança, nas questões abertas acrescentadas no questionário sociodemográfico como: “minha filha, de início, falou para deixar de ser ridícula, de ir dançar, mas hoje ela vê como me faz bem, sempre fui ativa, meu marido morreu e tive que procurar algo que continuasse fazendo minha vida ter sentido, achei!”; “eu sempre fui e sou muito satisfeita com tudo na minha vida, e principalmente por poder dançar, não fico uma semana sem dançar pelo menos umas três vezes.”

No domínio participação social, bem como, domínio intimidade, os escores foram melhores para grupo das idosas que praticam dança de salão, em relação aos outros 2 grupos. No entanto, vale ressaltar que o local da prática corporal apresenta-se como um agradável ponto de encontro, com atividades que visam à prevenção do estresse e da depressão, melhorando a sociabilidade e o relacionamento. Um dos principais diferenciais da dança de salão para o idoso é o estímulo ao convívio social, promovendo a integração de várias pessoas; podendo, estas, ter muito em comum.

Levando em consideração a pesquisa de Vicentini de Oliveira et al.,(2014), onde os escores para as idosas praticantes de hidroginástica foram significativamente maiores, se comparadas às outras modalidades, por seus participantes, que utilizam vestimentas específicas, como maiô para as mulheres e sunga para os homens; o que os deixa mais expostos fisicamente. Pode ser a resposta para o domínio intimidade ter revelado escores significativamente

maiores. Nesta pesquisa, o escore do domínio intimidade do grupo que pratica dança de salão também foi significativamente maior que os outros grupos, um maior contato corporal entre os pares de dança pode ser a resposta para esse resultado.

Aprender a dançar com um parceiro parece ir muito além do aprendizado. Mover o corpo em companhia de outro, harmonizando movimentos em sintonia, num mesmo ritmo, resulta em uma união do ser físico numa quase mágica sincronia. Proporciona um encontro consigo mesmo, a partir do reflexo do outro, constituindo-se num canal de expressão de sentimentos por meio dos movimentos. Questões como a timidez e a dificuldade de sociabilização podem ser superadas ao som da música e no ritmo de cada indivíduo, pois a dança exige comunhão e respeito com o outro, seja ele o parceiro(a), com quem se dança ou sejam os outros casais. Isso mostra como a dança conduz ao prazer por meio da cooperação, e mostra também que os que dançam são, antes de tudo, cavalheiros e damas interagindo no seu momento livre de lazer e satisfação. Os sujeitos tornam-se companheiros com um objetivo comum: dançar. Deve existir um olhar sensível para o outro, afinal trata-se de seu próprio espelho. Nesse momento, a comunicação acontece por meio do corpo, do olhar e do toque. As dificuldades e facilidades são mútuas, todos desejam aquele espaço como uma forma de desafios, vitórias, conquistas, prazer, aprendizado, mudanças. Um grande espaço democrático que cabe entre os braços e é do tamanho de cada um.

Antes de iniciar a aplicação dos questionários, ao expormos que a pesquisa era sobre qualidade de vida, alguns comentários informais das idosas que praticam dança de salão, chamaram a atenção, pois não ouvimos nos outros grupos (de ginástica e do grupo que não pratica atividade estruturada), tais como : “qualidade de vida? A minha é ótima, tudo ótimo!”; “pode marcar aí nesse questionário tudo é excelente, dance que sua vida também será excelente!”; “Tenho 90 anos, e tô aqui dançando com meu marido, como você acha que é minha qualidade de vida?”; “Pra mim tá tudo ótimo, tudo ótimo sempre, e quando começo ficar triste, venho dançar ,que tudo fica ótimo de novo.” Afirmações como estas, deixaram uma percepção do quanto a dança de salão estava sendo importante na vida dessas idosas, e agora com resultados estatísticos da pesquisa, essa percepção se confirmou nos dados quantitativos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como participantes 219 idosas, divididas em três grupos: as que não praticavam atividade estruturada, as que praticavam ginástica e as que praticavam dança de salão. Participantes essas que fizeram parte de uma amostra para avaliar a percepção de qualidade de vida e seus domínios nesses três grupos distintos.

Para este estudo, objetivou-se atingir alguns pontos específicos e outro geral. Um dos específicos foi caracterizar o perfil sociodemográfico da população investigada (faixa etária, estado civil, níveis econômicos). Após as análises, verificou-se um estilo de idosa predominante, sendo maioria brasileira, cor branca, sem margem de dúvida pela questão cultural do Sul do Brasil, pela colonização europeia, com até 4 anos de estudo(ensino primário incompleto) e, em média, casada, aposentada e da classe C. Percebeu-se elevado número de idosas que apresentam problemas de saúde, mas se consideram saudáveis.

Ao analisar a Qualidade de vida da amostra, percebem-se bons escores de Qualidade de vida geral (QVG) e dos domínios da qualidade de vida. A amostra como um todo tem escores bem satisfatórios de qualidade de vida, o que pode ressaltar a atenção pelo trabalho desenvolvido em todos os lugares que realizamos a pesquisa, pois essas ações, sejam elas com ou sem a prática corporal, interferem diretamente na qualidade de vida, devido ao acolhimento dessa população idosa.

Com esta pesquisa, conclui-se que a prática da dança de salão proporciona melhores benefícios na qualidade de vida de idosas, quando comparada aos praticantes de ginástica e os que não exercem atividade estruturada. Os dois grupos que exercem prática corporal tiveram escores significativamente maiores do que os idosos que não praticavam atividade estruturada. Programas diferenciados de prática corporal possibilitam ao corpo uma disposição maior para as atividades diárias: melhor autonomia, com isso, conseqüentemente, produzirão a sensação de bem-estar, reduzindo ansiedade, tensão, depressão e efeitos de estresse.

A qualidade de vida dos idosos está relacionada à auto-estima em alta, ao bem-estar, o nível socioeconômico, interação social, apoio familiar, valores

culturais, éticos: enfim, satisfação com a vida, emprego e/ou aposentadoria, cognitivos, sócio-afetivos, psicomotores, dentre outros.

A dança de salão é uma modalidade que vem ganhando espaço entre os de idade mais avançada, este estudo mostrou que os idosos praticantes da dança de salão ficam mais felizes, conseqüentemente têm uma melhor percepção de qualidade de vida, mais do que de outras modalidades. Além da dança ser uma prática corporal que traz muitos benefícios físicos, promove o convívio e a integração social significativa. Essa modalidade trabalha de forma integrada com o físico, o emocional/cognitivo e o social de seus praticantes, promovendo uma sensação de prazer e bem-estar.

Algumas funções motoras, ou a saúde do idoso como um todo, na maioria das vezes encontra-se debilitada. A dança de salão possui um papel importante para manter e auxiliar na sustentação e equilíbrio corporal, nos movimentos corporais, na mobilidade, no equilíbrio e sustentação corporal, o idoso fica menos suscetível aos acidentes domésticos e quedas.

No campo emocional, a promoção à socialização, autonomia e integração refletem diretamente no bem-estar e no psicológico do praticante, favorecendo a autoestima e a alegria dos idosos. A prática corporal demonstrou ter um impacto significativo nos processos cognitivos, ao passo que, alguns estudos aqui relacionados, já mencionavam a importância da prática corporal para a cognição. Além de possibilitar convívio e aumento do rol de relações sociais, até mesmo as afetivas.

Não podemos deixar de levantar alguns pontos importantes, dentre eles, a limitação. Não é possível expandir esse resultado a toda população, o que se pode salientar neste cenário de pesquisa pode ser diferente em outros, sendo que, o mesmo pode acontecer com outras técnicas de análise de dados.

Ressaltar a importância de um olhar diferenciado e atento à população idosa, que tende a aumentar ano após ano, e, conseqüentemente necessita de investimentos públicos que preconizem a prática corporal para atender essa população.

A qualidade de vida ainda está sendo muito estudada, principalmente em relação aos idosos e, portanto, vista como forte tendência, completando assim lacunas na área científica, por intermédio do foco na necessidade da Educação em desenvolver mais estudos com a população idosa: saúde e qualidade de vida.

Tendo, na prática corporal, um meio de aproximação da educação e da própria qualidade de vida

Enfim, a literatura utilizada nesta pesquisa também pode servir para aprofundamento aos interessados sobre os temas relacionados nela.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA MAB. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa / Marcos Antonio Bettine de Almeida, Gustavo Luis Gutierrez, Renato Marques: prefácio do professor Luiz Gonzaga Godoi Trigo. – São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. 142p.:

ALVES JED. Envelhecimento da população mundial: O tsunami grisalho, artigo de José Eustáquio Diniz Alves. Eco debate: Cidadania e Meio Ambiente. Acesso a 23 de Março, 2013, através <http://www.ecodebate.com.br/2012/04/20/envelhecimento-da-populacao-mundial-o-tsunami-grisalho-artigo-de-jos-e-eustaquio-diniz-alves/>

ABREU EV, PEREIRA LTZ, KESSLER EJ. Timidez e motivação em indivíduos praticantes de dança de salão. *Revista Conexões*, 2008;6:21-33.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil)- Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. revista e atualidades – Rio de Janeiro, 2009: ANS.

AGUIAR JB, GURGEL LA. Investigação dos efeitos da hidroginástica sobre a qualidade de vida, a força de membros inferiores e a flexibilidade de idosos: um estudo no Serviço Social do Comércio – Fortaleza. *Revista Brasileira Educação Física Esporte*. 2009.

ANDRADE NA, FERNANDES MGM, NOBREGA MML, GARCIA TR, COSTA KNFM. Análise do conceito fragilidade em idosos. *Texto Contexto Enfermagem*, 2012;21(4):748-56.

ARGIMON IL, STEIN LM. (2005). Habilidades Cognitivas em Indivíduos muito Idosos: Um Estudo Longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*, 1, p. 64-72.

ARGIMON IIL. Aspectos cognitivos em idosos. *Avaliação Psicológica*. v.02, n.5, pp.243,245, 2006.

ARGIMON IIL, et al. Gênero e escolaridade: estudo através do miniexame do estado mental(MEEM) em idosos. *Aletheia*, maio/dez. n.38-39, p.153-161, 2012.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2008. [Acesso em 02 de novembro de 2008]. Disponível em <<http://www.abep.org>>.

AZEVEDO JML. *A educação como política pública*. 3. ed., Campinas, Autores Associados, 2004.

BARBOSA AR, SOUZA JM, LEBRAO ML, Laurenti R, Marucci MFN. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE survey. *Caderno Saúde Pública*, 2005; 21:1177-85.

BELO AZ, GAIO R. Dança para Idosos: Resgate da Cultura e da Vida. In: VILARTA, R. (org). *Saúde Coletiva e Atividade Física: conceitos e aplicações dirigidos à graduação em Educação Física*. Campinas, SP: Ipes Editorial, p.125-132, 2007.

BERNIERI JAO. Preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2007, 16(01), 89-96.

BERTOLUCCI PHF, BRUCKI SMD, CAMPACCI SR. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivo Neuropsiquiatria*, 1994;52:1-7.

BOCALINI DS, SANTOS RN, MIRANDA MLJ. Efeitos da prática de dança de salão na aptidão funcional de mulheres idosas. *Ciência e Movimento*, 2007;15(3):23-9.

BOISSEL J. Planning of clinical trials. *Journal of internal medicine*, v. 255, n. 4, 2004, p. 427–438.

BOTH A, et al. *Envelhecimento Humano: múltiplos olhares*. Passo Fundo, UPF, 2003.

BRUCKI SMD, et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos Neuropsiquiatria*, v. 61, n. 3B, SET. 2003, p. 777–81.

BÚFALO KS. Aprender na Terceira Idade: Educação Permanente e Velhice Bem-Sucedida como Promoção da Saúde Mental do Idoso. *Revista Kairós Gerontologia*. São Paulo, Vol.16 (3), 2013, pp. 195-212.

COIMBRA MA, VAGULA S, SOUZA VFM, PEREIRA VR. Estudo Comparativo Da Agilidade Entre Praticantes De Dança De Salão. Sabios: *Revista Saúde e Biologia* 2007;2(2):36-434.

COSTA GA. (Org). *Atividade física, envelhecimento e a manutenção da saúde*. Uberlândia: EDUFU, 2010. 303 p.

COSTA TRA. Comparação da aptidão funcional e percepção da Qualidade de vida em idosas praticantes e não praticantes do método pilates, dissertação de mestrado do PGEDF-UFPR, 2016.

EKKEKAKIS P, PARFITT G, PETRUZZELLO SJ. The pleasure and displeasure people feel when they exercise at different intensities. *Sports medicine*, 2011.

FARBER SS. Estudos sobre envelhecimento. *Revista Aterceridade*, março 2012, vol23, nº53.

FECHINE BRA, TROMPIERI M. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*, ed.20, vol1, março 2012.

FERRARI GB. Por Que Dança na Escola? Disponível em: http://www.fef.ufg.br/texto_pqdanca_na_escola.html, acesso em: 6 de agosto 2003.

FERREIRA AB. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro:1986, Nova Fronteira.

FLAVELL JH. Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, v. 34, p. 906-911, 1979.

_____; MILLER PH, MILLER SA. *Desenvolvimento cognitivo*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

FLECK MPA, LEAL OF, LOUZADA S, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista Saúde Pública*, 2000.

FLECK MPA, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FLECK MP, CHACHAMOVICH E, TRENTINI C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista Saúde Pública*, v. 40, n. 5, p. 785–791, 2006.

FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE, MCHUGH PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Psychiatric Research*, (UK) Oxford, v. 12, p. 189-198, 1975.

GARBER CE, et al. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine and science in sports and exercise*, v. 43, n. 7, jul.2011, p. 1334–59.

GARCIA JL, et al. A influência da dança na qualidade de vida dos idosos. *Revista EFDeportes*, ano VI – n.6 — nov. 2013 — p. 8–13.

GOBBO DD. A dança de salão como qualidade de vida para a terceira idade. *Revista Eletrônica de Educação Física*. 2005.

GOLEMAN D. *Inteligência emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. 30ª ed. Rio de Janeiro, 1995, Objetiva.

GOMES FRH. Associação da cognição, escolaridade e atividade física com a qualidade de vida em uma amostra de idosas de Ponta Grossa –Pr. Dissertação

(mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Setor de Educação, da Universidade Federal do Paraná, 2016.

GONÇALVES DPA. Qualidade de vida, Funcionamento Cognitivo e Adesão em Idosos: Um estudo Exploratório. Dissertação (mestrado Integrado em Psicologia)-Secção de Psicologia Clínica e Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença da Universidade de Lisboa, Portugal, 2012.

GUIMARAES ACA, SIMAS JPN, FARIAS SF. Dança Como Uma Contribuição Para A Qualidade De Vida. *Cinergis*, 2003;4(1):34-54.

GUEDES DP, LOPES CC, GUEDES JERP. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física em adolescentes. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 11, n. 2, Mar/Abr, 2005.

HUNT E. Intelligence as an information processing concept. *British Journal of Psychology*, v. 71, p. 449-474, 1980.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. [acesso 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/default.shtm>.

JUNIOR EDA. *Envelhecimento e vida saudável* / [organizador] Edmundo de Drummond Alves Junior - Rio de Janeiro: Apicuri, 2009.

KOPPER H, TEIXEIRA AR, DORNELES S. Desempenho Cognitivo em um Grupo de Idosos: Influência de Audição, Idade, Sexo e Escolaridade. *Arquivo Inernacional de Otorrinolaringologia*, 39 São Paulo, v.13, n.1, p. 39-43, 2009.

KURA GR, PEREIRA LS, TOURINHO FILHO H. Treinamento resistido em idosos e seus possíveis efeitos sobre as variáveis aeróbias. In: SANTIN, Janaína Rigo; BETTINELLI, Luiz Antonio; BENINCA, Ciomara Ribeiro. *Envelhecimento Humano cuidado e cidadania*. Passo Fundo, RS: Ed. UPF, 2007.

LEAL IJ, HAAS AN. O Significado da dança na terceira idade. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. Jan/Jun. Passo Fundo, RS, 2006, p.64-71.

LOPARIC Z. *A ética da finitude*. Belém: Editora universitária; 1994.

LORANDI RM. Resposta cronotrópica na dança de salão: influência do contato físico no forró e no samba. Artigos de periódico (graduação)-Universidade do Estado de Santa Catarina, Curso de Educação Física, Florianópolis, 2008

MACIEL ACC, GUERRA RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste Brasileiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 2006, 55(1): 26-33.

MACIEL MG. Atividade física e funcionalidade do idoso, *Motriz Rio Claro*, v16, n4,out/dez/2010, p1024-1032.

MAZO GA, LOPES MA, BENEDETTI TB. *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica*. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2004. 236p.

MAZO GZ, LOPES MA, BENEDETTI TB. *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica*. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2009.

MAZO GZ, BENEDETTI TB, SACOMORI C. Association between participation in community groups and being more physically active among older adults from Florianópolis, Brazil. *Clinics*. v. 66, n. 11,2011, p. 1861-1866.

MENDES RSS, GUSMÃO JL, MANCUSSI AC, LEITE RCB. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração, *Acta Paulista de Enfermagem*. 2005;18(4):422-6.

MOREIRA RM, et al. Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. *Revista Kairós Gerontologia*. n.16, v.2, 2013 p.27-38.

MORAES LA, GAGLIARDE, FR. O treinamento resistido promove saúde e autonomia aos idosos, SP,2012, Revista Ed Física UNIFAFIB.

NANNI D. *Dança Educação: princípios, métodos e técnicas*. Rio de Janeiro: Sprint, 2001.

NELSON ME, REJESKI WJ, BLAIR SN, DUNCAN PW, JUDGE JO, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine Science Sports Exercice*. 2007, Aug; 39(8):1435-45.

NERI AL. *Psicologia do envelhecimento: uma área emergente*. In: Néri AL. (Org.). *Psicologia do envelhecimento*. Campinas: Papirus; 1995. p. 13-40.

NEWELL A, SIMON HA. *Human problem solving*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1972.

OLIVEIRA AC, OLIVEIRA NMD, ARANTES PMM, ALENCAR MA. Qualidade de vida em idosas praticam atividade física. *Revista Brasileira de Gerontologia*, pg.13(2) 301-312, 2010.

OLIVEIRA PP, et al. Relação entre qualidade de vida e fratura vertebral em mulheres idosas residentes no Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 33, n. 5, 2011, p. 231-237.

OLIVEIRA RG, TOLOCKA RE. Inclusão social e pessoas que participam de bailes em uma instituição de longa permanência para idosos. *Revista Educação Física UEM*. 2009, 20(1), 85-96.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005.

PARDINI R, et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ-versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. *Revista Brasileira de Ciência e esporte*, v. 9, n. 3, p. 45–51, 2001.

PENA N, BARBOSA JL, FRAGA JCL, MATTAR M, LEITE C. Eficácia de um programa de dança para prevenir quedas entre idosos. *Revista Baiana Saúde Pública* 2008;32(2):168-76.

PEREIRA RJ, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a QV global de idosos. *Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul*. n.28 v.1, p.27-38, 2006.

PIAGET J. *A epistemologia genética: sabedoria e ilusões da filosofia, problemas de psicologia genética*. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os pensadores).

_____. *Aprendizagem e conhecimento*. 9. ed. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1998.

_____. *Psicologia e pedagogia*. São Paulo: Forense Universitária, 2003.

REGO S, PALACIOS M. A finitude humana e a saúde pública. *Caderno Saúde Pública*, 2006, 22(8), 755-1760.

RIGO MLN, TEIXEIRA DC. Efeitos da atividade física na percepção de bem-estar de idosas que residem sozinhas e acompanhadas. *Journal of Health Sciences*, 2015, UNOPAR, Ciência Biológica e Saúde.

RODRIGUEZ AP. Modelo de promoción de la salud, con énfasis en actividad física, para una comunidade estudiantil universitaria. *Revista Salud Pública* (Bogotá) 2003; 5(3):284-300.

ROCHA MD. Dança de Salão: instrumento para a qualidade de vida. *Movimento e Percepção*, 2007, 7(10).11.

SANTOS CC, ROSSETTI CB, ORTEGA AC. O funcionamento cognitivo de idosos e de adolescentes num contexto de jogo de regras. *Estudo interdisciplinar envelhecimento*. Porto Alegre, v. 9, 2006, p. 53-74.

SANTOS FH, ANDRADE VM, BUENO OFA. Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia Estudo*, 2009;14(1):3-10.

SANTOS ALP, SIMÕES AC. Educação Física e Qualidade de Vida: reflexões e perspectivas. *Revista Saúde Social*. São Paulo, v. 21, n.1, 2012,p.181-192.

SIQUEIRA MD. Sociabilidade e Envelhecimento feminino nos Bailes de Dança de Salão em Fortaleza. Universidade Federal do Ceará, 2009.

SILVA TO. "O que é expectativa de vida?"; Brasil Escola. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/o-que-e/geografia/o-que-e-expectativa-vida.htm>>. Acesso em 23 de fevereiro de 2017.

SCHRAMM FR. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2002, 48(1), 17-20.

SLOANE-SEALE A, KOPS B. Older Adults' participation in education and successful aging: implications for University Continuing Education in Canada. *Canadian Journal of University Continuing Education*. Manitoba- Canada, v. 36, n. 1, 2010, p 1-29.

SOUZA JCL, METZNER AC. Benefícios da dança nos aspectos social e físico dos idosos. *Revista Fafibe On-Line* — ano VI — n.6 — nov. 2013 — p. 8–13.

STERNBERG RJ. A component process in analogical reasoning. *Psychological Review*, n. 84, 1977, p. 353-378.

_____. *Psicologia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

STUART-HAMILTON I. A Psicologia do Envelhecimento: Uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2002.

THOMAS JR, NELSON JK. *Métodos de pesquisa em atividade física*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VOGEL T, BRECHAT PH, LEPRETTE PM, KALTENBACH G, et al. Health benefits of physical activity in older patients: a review. *International Journal of Clinical Practice*, 2009, 63(2):303-20.

VYGOTSKI LS, LURIA AR, LEONTIEV AN. Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem. São Paulo: Ícone, 1998.

WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60

WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science e Medicine*, 1998.

VAGETTI GC. Qualidade de vida em uma amostra de idosas de Curitiba-PR: associação com variáveis sociodemográficas e a prática habitual de atividade

física. Tese (Doutorado em Educação Física) – Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná, 2012.

VAGETTI GC, et al. Associação da obesidade com a percepção de saúde negativa em idosas: um estudo em bairros de baixa renda de Curitiba, Sul do Brasil. *Revista saúde pública*. v. 14, n. 6, 2012^a, p. 922-934.

_____. Predição da qualidade de vida global em idosas ativas por meio dos domínios do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD. *Revista Motricidade*. v. 8, n. S2, 2012b, p. 709-718.

_____. The prevalence and correlates of meeting the current physical activity for health guidelines in older people: A cross-sectional study in Brazilian women. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. n. 56, 2013^a, p. 492–500.

_____. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, 2013b, p. 955-969.

_____. Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosas de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, *Brasil.Ciência & Saúde Coletiva*. v. 18, n. 12, 2013c, p. 3483-3493.

_____. The Association Between Physical Activity and Quality of Life Domains Among Older Women. *Journal of Aging and Physical Activity*. V.23, 2015, 524 - 533.

VERAS R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista Saúde Pública* 2003;43(3):548-54.

VICENTINI OD, MARQUES G, BERTOLINI SM, MARTINS JUNIOR J. Qualidade de vida de idosas praticantes de diferentes modalidades de exercício físico *ConScientiae Saúde*, vol. 13, núm. 2, 2014, pp. 187-195.

WILMORE JH, COSTILL WLK. *Fisiologia do esporte e do exercício*. Tradução Fernando Gomes, Revisão Científica: Antonio Carlos Gomes. Barueri, SP: Manole, 2010.

7. APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Andréa Krawutschke e Valdomiro de Oliveira, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando a Senhora a participar de um estudo intitulado **“PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM IDOSAS QUE EXERCEM E NÃO EXERCEM A PRÁTICA CORPORAL”**. É por meio das pesquisas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental. O objetivo desta pesquisa é comparar o grau de escolaridade e a percepção da qualidade de vida em idosas praticantes e não praticantes de dança de salão.

- a) O objetivo desta pesquisa é comparar o grau de escolaridade e a percepção da qualidade de vida em idosas praticantes e não praticantes de dança de salão.
- b) Caso a Senhora aceite participar da pesquisa, será necessário responder aos questionários sobre: informações sócio demográficas (estado civil, escolaridade e nível socioeconômico), nível de Atividade Física (implica em investigar o quanto de Atividade Física a Senhora faz por semana) e Qualidade de vida (com perguntas sobre o seu dia-a-dia) e o teste cognitivo (com perguntas sobre a memória e concentração).
- c) Para tanto, a Senhora deverá comparecer no local de suas atividades. O tempo gasto previsto será de 1h, sendo que, toda a coleta de dados será realizada no horário de suas aulas, não necessitando que a Sra compareça em outro horário.
- d) É possível que a Senhora experimente algum desconforto, principalmente relacionado a constrangimento devido aos questionários.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o constrangimento ao responder as questões dos questionários a serem realizados.
- f) Contudo, os benefícios esperados são: verificar o seu nível de atividade física, a sua aptidão funcional atual e sua contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico, que levantará questões sobre qualidade de vida nos idosos.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

- g) Os pesquisadores, Prof. Dr. Valdomiro de Oliveira, professor adjunto do Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Paraná, e sua aluna de Mestrado Andréa Krawutschke são os responsáveis pelo estudo e poderão esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa. Eles poderão ser encontrados pessoalmente de segunda à sexta-feira das 8:00h às 18:00h no Centro de Pesquisa em Exercício e Esporte, Departamento de Educação Física da UFPR, Rua Coração de Maria, 92, BR 116, km 95, Jardim Botânico, ou nos telefones 41-9654-8540 (Valdomiro) ou 41-9644-8235 (Andréa), além de contatos via e-mail para: voliveira@ufpr.br (Valdomiro) e deiakra@hotmail.com (Andréa).
- h) A sua participação neste estudo é voluntária e, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos responsáveis que executam a pesquisa e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.
- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e, pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde de Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do participante de pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável
Ou quem aplicou TCLE

ANEXOS

ANEXO 1- Formulário com os dados de identificação e dados sóciodemográficos

Regional:_____ Data da avaliação: ____/____/____

1.Nome: _____

2.Naturalidade:_____

3.Nacionalidade:_____

4. Sexo: 1 () Feminino 2 () Masculino

5 Data de nascimento : ____/____/____ Idade : _____

6. A sua cor ou raça é? 1 () Branca 2 () Negra 3 () Amarela 4 () Parda 5 () Outra

7. Estado civil atual: 1 () Solteiro/solteira (nunca casou) 2 () Casado/casada ou com
companheiro/companheira 3 () Separado/Separada/Divorciado/Divorciada 4 () Viúvo/viúva
5 () Outro. Qual?_____

8. Mais alto nível de escolaridade alcançado:

1 () Analfabeto

1 () Primário incompleto

2 () Primário completo/Ensino Fundamental incompleto

3 () Ensino Fundamental completo/ Ensino Médio incompleto

4 () Ensino Médio completo/ Curso superior incompleto

5 () Curso superior completo

6 () Curso técnico incompleto

7 () Curso técnico completo

8 () Pós-Graduação

10 () Outra. Qual?_____

9. Quantos anos de escolaridade?_____

10. Qual a sua ocupação atual: 1 () Aposentado/Aposentada 2 () Pensionista 3 () Nunca
trabalhou 4 () Dona de casa 5 () Outro: _____

11. Tem outra remuneração além da aposentadoria? 1. () Sim Quanto_____2. () Não

12. Qual era a sua profissão anterior?

13. Está com algum problema de saúde? 1. () Sim Qual _____ 2. () Não

14. Toma algum medicamento? 1. () Sim Qual _____ 2. () Não

15. De um modo geral, você se considera uma pessoa saudável?: 1 () Sim 2 () Não
Comentários:

16. Realiza atividade física? () Sim () Não

17. Qual atividade física? () Ginástica () Dança () outras, qual? _____

18. Quanto tempo pratica essa atividade física? _____

19. Por que escolheu fazer essa atividade física?

Poderia fornecer um telefone e um e-mail para contato?

Telefone: _____

e-mail: _____

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 2 - CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA

QUESTIONÁRIO CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA DO BRASIL
(ABEP, 2015)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

SISTEMA DE PONTOS

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7
Serviços públicos	
	Não Sim
Água encanada	0 4
Rua pavimentada	0 2

Cortes do critério Brasil

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16

ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO IPAQ


**QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA –VERSÃO
CURTA**
Nome: _____

Data: ____ / ____ / ____ **Idade :** ____ **Sexo:** F () M ()

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

 Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez:

1a Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?
dias ____ por **SEMANA** () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo, no total, você gastou caminhando **por dia**?
horas: ____ Minutos: ____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)
dias ____ por **SEMANA** () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?
horas: ____ Minutos: ____

3a Em quantos dias da última semana você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica

aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração. dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia?**

horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana?**
_____horas _____minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana?**
_____horas _____minutos

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 4 – QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF

Nome _____

Regional: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL – Bref - Versão em Português

Instruções: Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha. Por favor, tenham em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **as duas últimas semanas**.

***Questão com escore reverso**

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	Muito ruim 1	Ruim 2	Médio 3	Boa 4	Muito boa 5
2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5

As questões seguintes são sobre o **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

3. * Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
4. * Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
5. O quanto você aproveita a vida?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
7. O quanto você consegue se concentrar?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

10. Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
11. Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
13. Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
14. Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

As questões seguintes perguntam sobre o quão **satisfeito(a), feliz ou bem** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

15. Quão bem você é capaz de se locomover?	Muito ruim 1	Ruim 2	Médio 3	Bom 4	Muito bom 5
16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5

17.Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
18.Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
19.Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
20.Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
21.Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
22.Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
23.Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
24.Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
25.Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
As questões seguintes referem-se a " com que frequência " você sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança.					
26. *Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Nunca 1	As vezes 2	Freqüentemente 3	Muito Freqüentemente 4	Sempre 5

ANEXO 5 – QUESTIONÁRIO WHOQOL-OLD

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

WHOQOL – OLD - Versão em Português



Instruções

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade. Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta. Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

***Questão com escore reverso**

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

Old_01 - *F25.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_02 - *F25.3 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_03 - F26.1 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_04 - F26.2 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_05 - F26.4 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_06 - *F29.2 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_07 - *29.3 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_08 - *F29.4 O quanto você tem medo de morrer?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

Old_09 - *F29.5 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
--	-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

Old_010- *F25.4 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
Old_11 - F26.3 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
Old_12 - F27.3 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
Old_13 - F27.4 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
Old_14 - F28.4 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

Old_15 - F27.5 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
Old_16 - F28.1 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
Old_17 - F28.2 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
Old_18 - F28.7 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
Old_19 - F27.1 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	Muito Infeliz 1	Infeliz 2	Nem feliz/ Nem infeliz 3	Feliz 4	Muito Feliz 5
Old_20 - F25.2 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	Muito ruim 1	Ruim 2	Nem ruim/ Nem bom 3	Bom 4	Muito Bom 5

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

Old_21 - F30.2 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_22 - F30.3 Até que ponto você sente amor em sua vida?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_23 - F30.4 Até que ponto você tem oportunidades para amar?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_24 - F30.7 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 6 – MINI MENTAL STATE**Mini Mental State Examination (MMSE)****1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)**

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____

Em que local (rua) vive? _____

Em que bairro vive? _____

Em que estado estamos? _____

Em que cidade estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)**a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:**

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

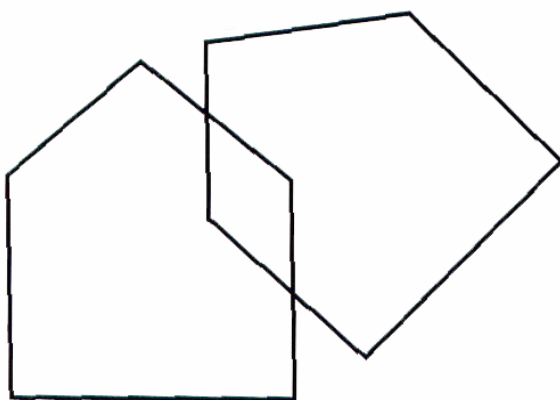
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL: _____ (Máximo 30 pontos)

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

